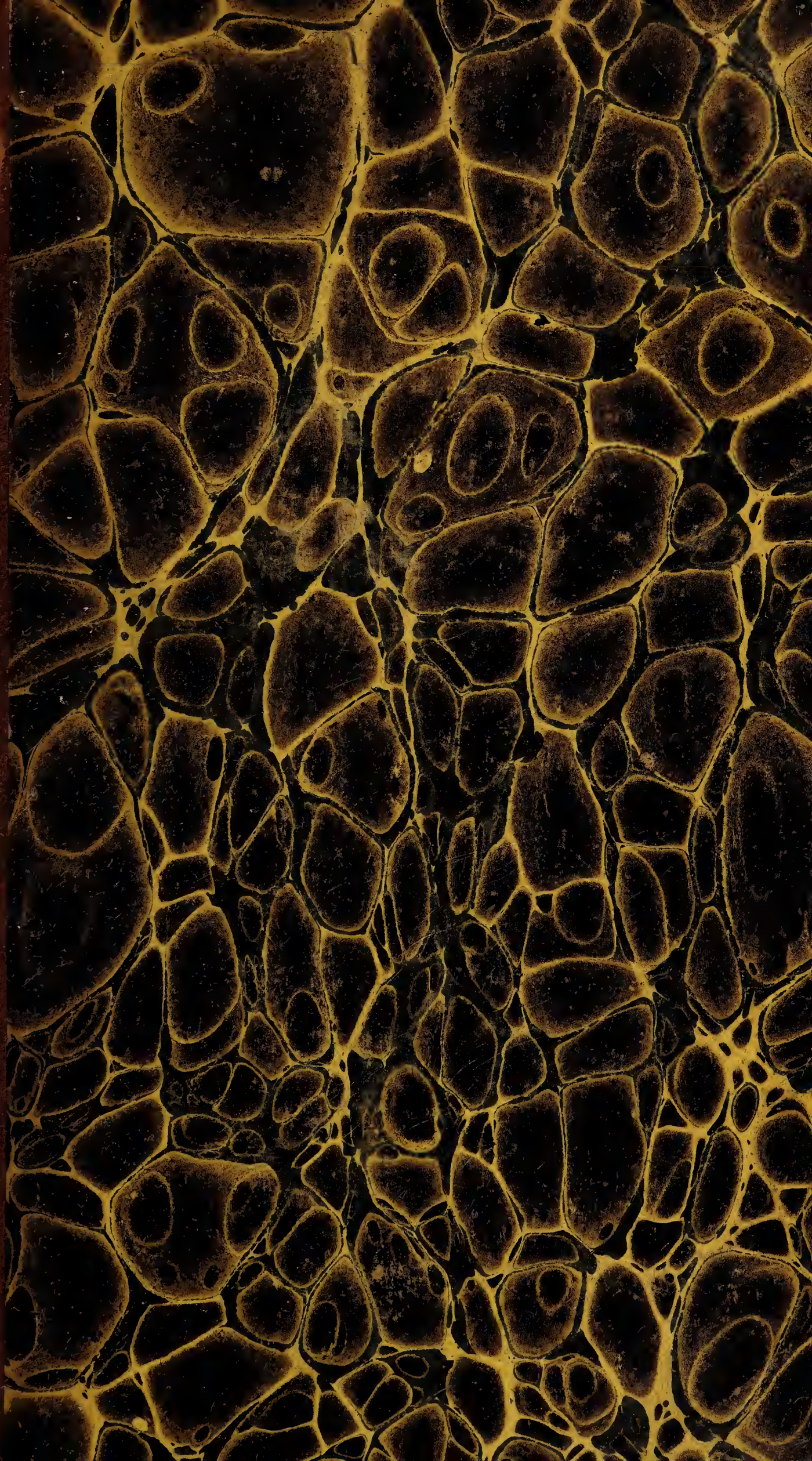


20

Bay 214

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s3id11854650

JOURNAL

DE

MÉDECINE

ET DE

CHIRURGIE

DE TOULOUSE.

TOME PREMIER.

Docteur Sevoe

TOULOUSE,

AUGUSTIN MANAVIT, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,

RUE SAINT-ROME, 30.

1837-1838.

312332

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

JOURNAL
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
DE TOULOUSE.

INTRODUCTION.

Toute science une fois constituée par un ensemble de faits, doit dans ses développemens successifs, passer par deux genres de périodes qui alternent continuellement, et qui, bien qu'ayant toujours le perfectionnement pour résultat, procèdent d'une manière bien différente. Il y a des époques organisatrices pendant lesquelles l'esprit humain travaille à réunir, à classer les faits; à faire jaillir de leur rapprochement la lumière qui doit le guider dans la recherche des lois qui les enchaînent, des conséquences qui en découlent. Procédant presque entièrement par synthèse, il lui faut alors un ensemble dont toutes les parties soient bien coordonnées; et quand il rencontre des faits trop rebelles à se plier à ses théories, à cadrer avec ses systèmes, il les nie ou les déclare anormaux. Mais, en avançant, ces anomalies, ces exceptions, se multiplient; il vient un temps où elles dominent la science. Alors les esprits critiques s'en emparent, et armés de leur évidence comme d'une massue, ils sapent l'édifice élevé par leurs prédécesseurs. Puis les esprits analytiques veulent reprendre pierre par pierre chacun des matériaux qui le formaient; mais sans guide pour se diriger dans ce monde de détails, constatant l'erreur aussi souvent que la vérité, ils s'épuisent le plus souvent à la tâche, et bientôt le scepticisme envahit à son tour les intelligences rebutées de recommencer sans cesse sur nouveaux frais.

Mais les sciences d'application forment une autre classe d'hommes dont l'esprit éminemment pratique voit sans s'émouvoir tous ces bouleversemens. Pour eux, un fait constaté, une vérité démontrée, sont définitivement acquis; et grâce à l'expérimentation, cette pierre de touche infaillible pour tout esprit juste et sage, ils augmentent chaque

jour ce qu'ils possèdent de science positive. Pour eux, chaque théorie nouvelle est comme un rayon de lumière venant éclairer une autre face du monde scientifique, et mettre en relief des vérités jusque-là cachées dans l'ombre ; et de ce que la lumière se déplace ils n'en concluent pas de suite la non existence de ce qu'ils ont vu, ils ne mettent pas au néant les travaux des siècles passés.

Si ce que nous venons de dire est vrai en général, il l'est encore bien plus pour la médecine. Que de luttes d'opinions diverses ne nous offre pas son histoire ! Naturistes, Humoristes, Solidistes, Spiritualistes, Mécaniciens, Vitalistes, se disputent l'arène, et chacun, tour à tour victorieux, cherche à proscrire jusqu'au souvenir de ses adversaires. Et n'allons pas nous en étonner : de toutes les sciences, soit spéculatives, soit d'application, aucune n'embrasse un ensemble aussi vaste, des détails aussi multipliés. La connaissance de l'organisation à l'état de santé et de maladie, de l'action de tout ce qui nous entoure sur cet être humain que les anciens appelaient le petit monde, n'est-ce pas la médecine ? N'est-elle pas, pour ainsi dire, la science universelle ? Quel homme pourra jamais l'embrasser dans son ensemble en s'élevant jusqu'à la notion première de la vie, principe mystérieux qui domine toutes ces vastes questions ?

De cette immense difficulté d'atteindre le but, sont nées les divergences que nous venons de signaler. Chaque esprit synthétique, pour qui les vues générales sont un besoin, frappé des défauts du système qui l'a précédé, se croit appelé à jouer le rôle de réformateur, et à faire oublier, comme indigne de la science, l'œuvre de ses devanciers. Du haut de la chaire qu'il s'est créée, il proclame la loi nouvelle ; et comme d'ordinaire il résout quelque ancienne difficulté, comme il fait connaître quelque vérité qui jusque-là avait échappé aux regards, il ne tarde pas à entraîner bon nombre d'esprits enthousiastes, qui rejettent à la fois

les erreurs des vieilles doctrines et les vérités confirmées par l'expérience.

Mais telle n'est point la conduite du véritable médecin, de l'homme qui a voué sa vie à la pratique de l'art si beau, mais si difficile, de guérir. Au milieu de ce cliquetis d'opinions contraires, il garde son indépendance morale, et sans se laisser éblouir par chaque clarté nouvelle, il en appelle toujours à son critérium infaillible, l'expérimentation. Pénétré de ce grand fait, que l'homme est un composé des plus complexes, dont les faces multipliées ne sauraient être embrassées par un seul regard, il emprunte à chaque doctrine ce qu'elle a de positif; et ne se servant de la théorie que comme d'un élément nécessaire pour coordonner ses connaissances, il laisse à l'expérience le soin de juger la valeur de ses promesses. Qu'un nouveau mode de médication, une substance inconnue ou jusque-là négligée, soient proclamés utiles pour combattre une affection rebelle, c'est au lit du malade qu'il formera son opinion, prêt à agir de même le lendemain pour une médication, une substance tout opposées. Puis, si de ces faits bien observés et constatés il déduit quelque conséquence générale, l'esprit le plus rigoureux peut en toute sûreté l'accepter comme faisant dorénavant partie de la vraie science.

Sans doute, cette vie d'études constantes et consciencieuses est faite pour rebuter bien des intelligences paresseuses, pour qui il est infiniment plus commode d'accepter en aveugles une théorie qui a d'avance tout prévu, tout expliqué; sans doute le sage, qui ne marche ainsi que pas à pas, sera traité de routinier, d'homme à vues étroites et bornées, par ceux dont l'imagination se laisse éblouir par la pompe des systèmes; mais vienne le jour de l'épreuve, et les malades verront lequel est préférable. Et d'ailleurs, s'il fallait des exemples illustres pour justifier cette conduite, l'histoire de notre art ne nous manquerait pas. Peu de chefs de doctrines sont restés au lit du client ce qu'ils étaient dans

la chaire, et le hardi novateur dont l'inflexible logique a voulu de nos jours proscrire en masse tous les travaux de ses devanciers ne dédaigne pas dans sa pratique civile de devenir un modeste éclectique.

L'époque où nous vivons nous paraît propre plus qu'aucune autre à appeler tous les bons esprits dans cette voie, la seule qui puisse former des médecins utiles à la société. Ceux de nos confrères qui ont étudié pendant les vingt dernières années ont assisté à une de ces luttes qui semblent menacer d'une ruine complète l'édifice entier d'une science. Une doctrine s'éleva prêchée par un homme d'un talent immense, soutenue par des disciples zélés, qu'avaient entraînés une séduisante simplicité et l'éclat d'importantes vérités jusque-là méconnues. Les anciennes théories disparurent presque devant leurs efforts. Mais quand il fallut se mettre à leur place, la nouvelle-venue se trouva impuissante; elle fut tuée par son propre triomphe, et alors bien des esprits se mirent à douter. Aujourd'hui des mains laborieuses se sont mises à l'œuvre; elles ont réuni une bonne partie des débris dispersés, en y joignant ce que les dernières recherches avaient révélé de vrai. Après une époque de dogmatisme absolu, à laquelle a succédé une ère de criticisme destructeur, le moment est venu où un éclectisme synthétique, s'il est permis de s'exprimer ainsi, devra prendre la place qui lui est due. Les ouvrages de médecine récemment publiés et le mouvement de la presse médicale tendent également à signaler ces tendances régénératrices.

C'était un devoir pour la ville de Toulouse de ne pas rester oisive au milieu de ce mouvement général. Ancienne capitale du Languedoc, Toulouse eut aussi son Académie de Médecine; mais celle-ci, écrasée par le voisinage de Montpellier, qui fut si long-temps la métropole du monde médical, n'a jamais jeté un grand éclat au-dehors. Acceptant volontiers le rôle moins brillant, mais peut-être plus utile, que lui imposait sa position géographique, elle se

borna de tout temps à former de bons praticiens. Aussi, tandis que sa voisine était en proie aux disputes d'école, Toulouse examinait, vérifiait les résultats pompeusement annoncés ; et les appréciant à leur juste valeur, elle ne transmettait à ses élèves que ce qu'ils avaient d'applicable ; non qu'elle rejetât ces vastes aperçus scientifiques, expression générale des faits dont ils forment les corollaires les plus élevés, mais parce qu'elle répudiait ces théories hasardées qui, sous prétexte d'une généralisation encore impossible, ne peuvent que fausser de jeunes intelligences.

Quand de nouvelles institutions vinrent remplacer les anciennes, détruites par la révolution, Toulouse réclama la création d'une Faculté de Médecine qui remplaçât son Académie. Sa situation au milieu de populations habituées à venir chercher dans ses murs une éducation libérale ; le goût pour les arts et les sciences si répandu parmi ses habitans ; les ressources immenses qu'elle offrait pour un établissement de ce genre, tout concourait à établir des droits incontestables au succès de cette demande. Mais on eût dit que le Nord voulait continuer l'œuvre de la conquête ; on eût dit que Paris se plaisait à traiter encore en ennemie vaincue l'ancienne capitale des Raymonds. Aussi Toulouse dut-elle se contenter d'une école secondaire. Bien plus, on lui refusa une Faculté des Sciences, et pour obtenir ce complément indispensable des études médicales, il fallut que pendant plusieurs années elle entretînt les professeurs nommés par le gouvernement de ses deniers particuliers.

Eh bien, malgré ce mauvais vouloir de la métropole pour une ville qui avait payé bien chèrement ses titres à une véritable fraternité, Toulouse a su conserver son rang. Dépouillée de son ancien titre de capitale, privée par la centralisation, d'une foule d'avantages, elle n'en est pas moins demeurée le centre naturel de tout le bassin sous-pyrénéen. Aussi, pour nous borner à ce qui nous concerne,

son Ecole Secondaire a toute l'importance d'une Faculté. Deux cents élèves annuellement inscrits sur ses registres forment presque à eux seuls le corps médical de toutes les contrées environnantes : car si leurs diplômes sont datés de Paris ou de Montpellier, c'est à Toulouse qu'ils ont fait leurs études, c'est là qu'ils ont puisé cette science anatomique, cet esprit de saine pratique qui les distingue, et qu'il leur eût été si difficile d'acquérir au milieu des disputes qui agitent encore ces deux écoles.

Il est vivement à regretter que la médecine toulousaine n'ait pas eu jusqu'à ce jour de journal destiné à lui servir d'organe, et que des circonstances particulières aient fait échouer les tentatives formées dans ce but par quelques médecins honorables de cette ville. Peut-être le poids de l'expérience pratique jeté dans la balance des théories eût-il empêché bien des esprits de s'égarer. Ce journal, expression du corps médical de notre ville, viendra, nous l'espérons, combler dignement cette lacune. Fidèles aux principes que nous venons d'exposer, notre but sera toujours de vérifier la théorie par la pratique; et pour l'atteindre, nous avons les observations fournies par deux vastes hôpitaux, la pratique civile de nombreux et habiles médecins exerçant au milieu d'une population de quatre-vingt mille âmes, le concours des membres de la Société de Médecine, et de l'Académie des Sciences, celui des professeurs des Facultés et de l'Ecole Vétérinaire : certes, peu de publications du genre de la nôtre offrent d'aussi belles conditions d'existence, et Paris lui-même pourrait à peine réunir des élémens plus riches et plus nombreux pour une rédaction vraiment utile à la science.

L'amour sincère de leur art, le désir de mettre en rapport les uns avec les autres les membres dispersés d'un même corps, ont été les seuls mobiles des médecins de Toulouse dans la formation de cette entreprise. Nous sommes sûrs d'avance de la sympathie de ceux de nos confrères

qui, habitant les départemens soumis à des influences à peu près semblables, doivent comprendre que l'expérience de chacun ne saurait être indifférente à aucun de nous. Les rédacteurs du *Bulletin Médical* de Bordeaux, animés par cette conviction, se sont entendus avec nous pour qu'un système d'échange établît entre nos abonnés et les leurs une communication réciproque de science et de lumières. Puisse cet exemple trouver bientôt des imitateurs dans les autres villes du Midi ! Et si, comme nous n'en doutons pas, notre appel est entendu, nous verrons dans peu les médecins de nos belles contrées, jusqu'à ce jour sans point de contact, apprendre à se connaître, à s'estimer, en s'éclairant les uns les autres, et placer enfin au rang qui lui est dû la médecine méridionale.

Les Rédacteurs-Gérans,

A. DASSIER. — A. DE QUATREFAGES.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

DE TOULOUSE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES MOTS SUR LE CANCER,

PAR M. DUCASSE.

PREMIÈRE PARTIE.

Je n'ai pas l'intention de traiter l'histoire complète du cancer : cette maladie, mieux étudiée par les modernes, a été si souvent traitée, elle est devenue l'objet de tant de travaux, que les détails dans lesquels je serais obligé d'entrer ne seraient que d'inutiles répétitions. Je m'appliquerai seulement à rechercher s'il existe réellement un vice cancéreux, ce que l'on doit entendre par ce mot, et surtout le sens qu'on doit attacher à la 38.e sentence d'Hippocrate, consignée dans la Section VI de ses Aphorismes.

Il importe, en effet, aujourd'hui de ramener les esprits à la veritable situation des choses. Des auteurs estimables professant hautement une doctrine qui me paraît fausse par son exclusivité, et admettant dans tous les cas le cancer comme une maladie essentiellement locale, j'ai cru le moment favorable pour m'élever contre cette assertion, à l'aide d'une expérience positive, et en citant des faits qui me semblent concluans. Non que je prétende, comme d'autres écrivains l'ont avancé sans preuves, qu'il existe un virus cancéreux circulant avec nos humeurs, infectant à la fois tous nos organes, et ne démontrant cependant sur aucun d'eux les effets de sa funeste présence : cette opinion, je le sais, pourrait être facilement

combattue. L'esprit répugnerait à croire que des tissus si délicats, des viscères si sensibles, pussent long-temps remplir leurs fonctions sans éprouver des dérangemens, des altérations évidentes, et que des humeurs dont l'acrimonie est si rapidement destructive, se transmissent sans orage du père à l'enfant par l'effet d'une fatale hérédité. Sans supposer que nos fluides soient troublés par la circulation et le mélange de la matière cancéreuse toute formée, sans admettre, comme un fait démontré par l'observation, que le vice cancéreux ne devient nuisible que quand il se porte exclusivement sur un seul organe, le praticien qui voit les faits sans prévention ne peut pas se refuser à admettre un principe, une disposition particulière, une espèce de diathèse cancéreuse, et ce n'est même qu'en partant de son existence qu'il peut se rendre raison d'une foule de phénomènes que son observation lui présente. Quel que soit d'ailleurs le nom qu'on lui donne, cette disposition a été reconnue par les médecins les plus célèbres; ils l'ont démontrée existant d'une manière primitive, par elle-même, indépendamment de tout phénomène secondaire, et ils n'ont pas, à l'exemple de quelques auteurs de nos jours, attribué seulement cette existence à la propagation que les vaisseaux absorbans déterminent, en venant puiser au milieu de la *fonte* cancéreuse les élémens d'une altération générale.

Pour donner plus de poids à cette opinion, je pourrais ici la fortifier par l'autorité d'une foule de praticiens aussi recommandables par leur savoir que par la sincérité de leurs écrits, et qui ont soutenu ce fait comme démontré par l'expérience. Je trouverais dans *Périlhe*, *Louis*, *Lecat*, *Pearson*, *Bayle*, etc., des raisons suffisantes pour lever tous les doutes; mais je me contenterai de commenter l'aphorisme d'*Hippocrate* dont j'ai déjà parlé, à l'effet de prouver que cette opinon est encore bien plus ancienne, et que dans le sens qu'il faut y attacher on voit clairement que ce grand médecin avait sur le cancer des idées parfaitement semblables.

Cet aphorisme est ainsi conçu: « *Quibus cancri* OCCULTI *fiunt, eos non curare meliùs est; curati enim citiùs pereunt, et non curati diutiùs vivunt ægri.* Il vaut mieux ne pas traiter les cancers occultes : ceux que l'on traite sont plus promptement mortels; ceux qu'on ne traite pas laissent vivre les malades

plus long-temps. » Je vais entrer dans quelques développemens à ce sujet.

Dans le langage de l'école, on entend par cancer *occulte* une tumeur de nature squirreuse, non susceptible de résolution, fixée le plus souvent dans le système glanduleux, et recouverte par une peau plus ou moins saine. Lorsque, par l'effet de l'accroissement des accidens, les tégumens enflammés sont le siége d'une érosion plus ou moins étendue, le cancer alors change de nom, et prend celui de cancer *ulcéré*. Ces deux dénominations sont fondamentalement peu importantes relativement au principe; elles ne changent en rien la nature de la maladie, elles en indiquent tout au plus les différens degrés, et cependant sur elles seules était fondée la conduite des praticiens. Jamais ils n'entreprenaient l'opération dans la seconde espèce, et la tentaient toujours dans la première : opérer le cancer *occulte*, respecter le cancer *ulcéré*, tels étaient les préceptes et les règles de leur médication.

Il y a loin, comme on le voit, de ces règles et de ces préceptes, à ceux indiqués par Hippocrate; on peut même y voir une véritable opposition, car le Père de la médecine veut qu'on ne traite jamais les cancers *occultes* : *Quibus cancri occulti fiunt, eos non curare melius est.* Il donnait donc à cette expression consacrée une signification différente. Ce n'est pas seulement le squirre, le cancer recouvert encore d'une peau saine ou sans ulcération, qu'il voulait désigner, puisque du consentement de tous, dans cette circonstance la tumeur se présente à l'instrument avec les caractères les plus favorables, et que de toutes les opérations, ce sont celles qui réussissent le mieux.

Quel est donc le sens qu'attachait Hippocrate à la dénomination de cancer occulte ? N'en doutons pas un seul instant, il a voulu indiquer par elle le cancer qui dépend d'une disposition générale, dont la cause essentielle se trouve universellement répandue dans tout le système; cette diathèse cancéreuse, enfin, que la plupart des auteurs ont admise, les uns primitivement, les autres d'une manière consécutive, mais qui existe à mes yeux comme essentielle, sans supposer une absorption préalable, et dont le vrai caractère est de prendre un degré d'accroissement plus rapide à la suite d'imprudentes et hasardeuses opérations.

Telle est, selon moi, telle était aussi la manière de voir du célèbre *Chaussier* sur le sens de cet aphorisme. L'expérience prouve, en effet, que dans les organisations entachées d'un vice général, les opérations sont loin d'offrir des chances favorables : c'est là la grande, l'indispensable étude du praticien. Combien de fois n'a-t il pas vu dans la diathèse scrofuleuse, par exemple, l'amputation d'un membre n'être suivie que d'une guérison passagère, et la maladie se montrer plus terrible ensuite sur des articulations opposées ? L'histoire de l'art est pleine de ces faits qui accusent hautement son imprévoyance et la faiblesse des moyens qu'il a employés contre une si puissante cause de maladie.

Ce n'est qu'en expliquant ainsi cet aphorisme, qu'on peut se flatter d'en saisir la véritable signification ; ce n'est qu'en attachant une toute autre idée à l'expression de cancer *occulte*, que l'on doit arriver à l'intelligence du texte, en opposition formelle avec les résultats de l'expérience et avec tous les écrits qui ont paru depuis cette époque. Cancer *occulte* veut donc dire, d'après Hippocrate, un cancer dont la cause est interne, universelle, dont les effets sont seulement extérieurs, mais qui, répandue dans tout le système, acquiert une force considérable de développement par un événement imprévu ou à la suite d'une opération sanglante.

Les deux observations suivantes viendront à l'appui de cette théorie, et prouveront la réalité d'un vice cancéreux préexistant.

I.re OBSERVATION.

M.lle L***, née de parens sains, avait joui elle-même d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Elle éprouva à cette époque, sur la hanche droite, une douleur qu'elle rapportait à une chute faite depuis plusieurs mois sur le grand trochanter. Cette douleur s'accompagna bientôt d'une dureté à laquelle elle fit peu d'attention, et dont elle n'avertit ses parens que lorsque son volume eut beaucoup augmenté. Quand je fus consulté, la tumeur avait la grosseur d'un petit œuf de poule ; la peau qui la recouvrait était dans l'état naturel. Mobile et roulante sous la pression, elle semblait n'adhérer aux organes sous-jacens que par un tissu cellulaire très-lâche, et réclamer l'extirpation comme une véritable loupe, avec laquelle il était

bien facile de la confondre. Je pratiquai l'opération, qui n'offrit rien de particulier. La plaie fut réunie par première intention, et la cicatrice complétement achevée au bout de huit jours. Une année entière s'écoula dans la plus profonde sécurité : la cicatrice, pâle et linéaire, offrait les meilleures apparences, quand tout-à-coup, et sans cause connue, la malade y ressentit une douleur lancinante. Elle crut aussitôt s'être blessée contre un corps pointu, et, sans attacher la moindre importance à ce phénomène, elle le vit, sans aucune inquiétude, se reproduire à de longs intervalles.

Cependant la continuité des souffrances, la gêne que les vêtemens faisaient éprouver, une légère exudation qui collait quelquefois la chemise et produisait un tiraillement incommode, fixèrent plus spécialement son attention, et quand je fus appelé pour la seconde fois, un bourgeon charnu dépassait d'une ligne au moins la surface de la peau, en laissant s'échapper avec facilité quelques gouttes de sang. L'accroissement de ce champignon fut rapide. Je ne pus pas en méconnaître long-temps la nature, et certain que j'avais affaire à une transformation carcinomateuse des tissus, je réclamai à mon tour les conseils d'un de mes confrères. M. *Viguerie* jugea, comme moi, qu'il fallait recourir de nouveau à l'instrument tranchant. Cette fois je le chargeai de faire l'opération. Elle fut bien plus étendue que la première : la plaie, avec perte de substance, ne fut pas réunie, et nous confiâmes à la suppuration le soin de produire un dégorgement plus profond. Vaine espérance ! Les désordres locaux allèrent chaque jour en empirant : les bords de la plaie se renversèrent, des végétations nombreuses s'élevèrent de sa surface, une suppuration sanieuse, fétide, abondante, s'établit; des ganglions lymphatiques se formèrent dans le voisinage, et ajoutèrent encore à la gravité des désordres. En vain on essaya d'en enlever plusieurs; cette irritation semblait donner au mal plus d'activité. Les glandes inguinales se mirent de la partie, et acquirent un volume prodigieux; un mouvement fébrile se déclara le soir, la toux survint, la diarrhée parut à plusieurs reprises, et fut plusieurs fois combattue avec succès. Mais la malade, épuisée par l'abondance de la suppuration, la continuité de la fièvre, la nullité de l'alimentation, que le développement successif des ganglions

abdominaux rendait absolument impossible, ne tarda pas à tomber dans le dernier degré d'épuisement. Une maigreur affreuse survint, la toux se déclara, et malgré les soins les plus assidus, le régime le plus convenable, le traitement médical le mieux observé, la décomposition la plus complète des tissus et des humeurs précéda de quelques jours sa mort, qui vint mettre un terme à d'atroces souffrances.

Il faudrait fermer les yeux à l'évidence, pour nier dans ce cas l'existence du vice cancéreux. Comment se rendre raison, sans elle, et de la marche des accidens, et de cette terminaison funeste ? La première tumeur pouvait-elle la faire soupçonner ? Ici, sans doute, on n'accusera pas l'imprudence et les dangers d'un traitement local. Aucune application irritante n'avait été faite sur elle. L'extirpation en eut lieu comme dans une loupe sans adhérence, et déjà cependant la substance renfermée dans le kyste, que j'enlevai avec le plus grand soin, offrait quelques caractères suspects et une consistance lardacée. La chute qui précéda la formation de la tumeur ne fut donc que la cause occasionnelle de son développement ; le germe cancéreux existait déjà dans l'économie, et les opérations nécessitées par les progrès du mal ne servirent qu'à l'attirer de préférence sur l'endroit où elles étaient pratiquées. Pour nier dans ce cas la présence du vice général, on n'a point, comme dans les glandes, la ressource d'une organisation particulière, d'une fonction spéciale, d'un tissu propre aux engorgemens. Les organes qui en étaient affectés étaient purement cellulaires, et naturellement disposés à une circulation facile des liquides. Dans toute autre circonstance, la résolution aurait pu être tentée, ou du moins, en supposant que l'extirpation fût devenue nécessaire, la maladie, si elle eût été locale, ne se serait pas reproduite. Malheureusement il n'en fut pas ainsi : l'œil suivait avec peine la rapidité de la marche des accidens ; chaque jour augmentait la gravité des désordres. Les symptômes d'infection générale se développaient à mesure que l'irritation et la désorganisation locale se prononçaient davantage, et dans leur manifestation funeste, un esprit observateur ne pouvait pas méconnaître la cause cachée de leur production. Pourquoi n'est-il pas permis de connaître *à priori* cette disposition vicieuse, et comment une altération si générale se dérobe-t-elle quelquefois sous les apparences séduisantes de la santé ?

Un second fait viendra fortifier encore le principe que nous avons établi.

2.e Observation.

La femme G***, âgée de 50 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez forte en apparence, avait cependant habituellement les joues fortement colorées en rouge, et la peau du visage recouverte de boutons. La menstruation s'était naturellement suspendue, et sa fortune ne lui permettant pas de faire de grandes dépenses, elle n'avait pris aucune précaution pour en remplacer le cours. Au bout de quelques années, elle sentit, sans pouvoir en déterminer la cause, un léger embarras dans les mouvemens de la mâchoire inférieure du côté gauche. Le toucher y distinguait facilement une bosselure légère, occupant l'épaisseur du derme qui recouvre le masseter, sans aucune altération dans la couleur, ni dans sa sensibilité. Elle devint bientôt plus prononcée : quelques élancemens s'y faisaient sentir à certaines époques, et la peau soulevée par elle, avait pris une teinte brune plus foncée. C'est alors que je fus consulté. La tumeur égalait le volume d'une noisette, un peu raboteuse à sa surface, parsemée de plusieurs points blancs, qui s'ouvraient par intervalles et laissaient s'échapper une goutte de pus ; du reste, parfaitement mobile, isolée, n'ayant contracté aucune adhérence avec les parties sous-jacentes, elle ne gênait la malade que pendant la mastication, et par la difformité qui en était la suite inévitable.

Après avoir reconnu les conditions favorables qu'elle offrait à l'opération, et avoir fait subir à la malade les préparations nécessaires, je la circonscrivis par une double incision sémilunaire et l'enlevai en entier, emportant avec elle toute la portion de peau qui me sembla altérée. J'eus la précaution d'empiéter autant que possible sur les parties saines. La plaie perpendiculaire qui en résulta fut réunie avec soin, et huit jours après, la cicatrisation était totalement achevée.

Ces heureux résultats ne furent pas de longue durée. Au bout de quelques jours, la malade ressentait dans le trajet de la cicatrice des douleurs lancinantes plus fortes. Là, en effet, elle se rompit, et laissa s'échapper un bourgeon qui saignait au plus faible

attouchement, et dont la nature me parut suspecte. Le tissu cellulaire des environs s'engorgea plus profondément, et quelques glandes sous-maxillaires vinrent se dessiner sous la peau distendue. Je n'osais point, je l'avoue, porter de nouveau l'instrument tranchant sur ces parties malades : une assez longue expérience, m'avait appris que l'action du bistouri sur des tissus déjà incisés, donne à l'accroissement des symptômes une activité prodigieuse. Ici, malgré ma prudence, ils ne se firent pas long-temps attendre : la cicatrice se déchira avec violence ; une excroissance dont la conformation ne me permit plus de me dissimuler le vrai caractère, sortit à travers ses bords divisés, et acquit chaque jour un volume d'ont l'œil pouvait presque suivre le développement ; bientôt elle égala celui d'un œuf d'oie. Sa surface bosselée, rugueuse, saignante, l'odeur qui s'en exhalait, tout annonçait un véritable carcinome ; et la grosseur des glandes voisines qui recouvraient la face interne de la mâchoire, ainsi que la portion correspondante du cou, aurait dissipé tous mes doutes si j'en avais encore conservé.

Mais en même temps que ces désordres se passaient dans la partie primitivement affectée, l'économie entière était le théâtre de plus graves altérations. La fièvre se déclarait, l'émaciation faisait des progrès, et sous la peau considérablement amaigrie, le doigt sentait distinctement une foule innombrable de ganglions lymphatiques, qui placés à de faibles distances, représentaient une espèce de chapelet. Ceux des cavitées principales se détérioraient à leur tour. La toux était violente, sèche, convulsive ; les digestions languissaient, les extrémités étaient le siége d'un engorgement œdémateux ; et la malade, en proie aux plus vives douleurs, arrivée au dernier degré de dépérissement et de marasme, succomba malgré tous les moyens mis en usage, après une épouvantable série d'accidens.

Ne sommes-nous pas en droit de demander aux esprits peu prévenus, si les caractères que je viens de tracer, si la marche suivie par les symptômes, ne suffisent pas pour admettre chez la malheureuse G*** une affection cancéreuse générale? Est-il possible d'expliquer d'une manière différente, la naissance rapide de la tumeur, et cette explosion plus rapide encore des désordres qui l'ont conduite au tombeau ? Ici, ou jamais, le vice existait dans l'économie, et l'opération simple

et peu douloureuse que la tumeur à exigée n'a été que la cause déterminante de son développement. Mais, dira-t-on, si ce vice existe réellement, quelle est la partie sur laquelle il établit son domicile ? Question oiseuse et d'ailleurs suffisamment résolue par l'expérience. N'en est-il pas de même des autres vices dont l'existence n'est point contestée ? Le virus siphylitique ne séjourne-t-il pas quelquefois dans nos organes sans en blesser visiblement aucun, et n'est-ce pas souvent après des années entières et à la suite du plus léger accident, qu'il manifeste sa présence ? Le vice scrofuleux suit les mêmes erremens, et la plupart du temps il semble attendre, pour paraître, qu'une cause le mette en jeu. Je regarde donc comme une vérité démontrée, l'existence du vice cancéreux que les anciens avaient également observée, et qu'Hippocrate avait réellement admise sous le nom du cancer *occulte*.

Les commentateurs du vieillard de Cos n'ont pas donné à ce passage le sens que je viens d'y attacher. Ils ont cru qu'il n'avait rapport qu'aux mauvais effets que les remèdes actifs appliqués sur le cancer occulte produisaient dans une foule de circonstances, et à la rapidité avec laquelle la tumeur passait à l'état cancéreux proprement dit. Mais cette explication ne saurait valoir, car elle deviendrait trop universelle. Elle comprendrait la série immense des cancers qui, presque tous, commencent par une simple induration ; et alors, en s'attachant à la lettre d'Hippocrate, il faudrait également les respecter. L'expérience a mieux interprété sa maxime. Elle a démontré, en effet, qu'on précipite la mort des individus chez lesquels l'affection cancéreuse dépend d'une cause interne, lorsqu'on entreprend de les traiter, c'est-à-dire de faire l'extirpation de la tumeur. *Lecat* lui-même s'est trompé en appliquant ce mot *occulte* à la situation du cancer déjà ulcéré et compliqué d'une infection générale qui paraît être consécutive, comme on le voit clairement dans l'observation rapportée dans son mémoire.

En rapelant les détails dans lesquels je viens d'entrer, les faits que j'ai cités, et dont j'aurais pu facilement augmenter le nombre si je n'avais pas craint de dépasser les bornes de cet écrit, je ne puis plus mettre en doute les vérités que j'ai voulu établir.

1.° Le cancer n'est pas toujours une maladie locale ;

2.° La cause qui le produit alors, sans être positivement un principe matériel, une humeur palpable, circulant librement avec nos fluides dans l'intérieur de nos organes, peut cependant exister dans leur tissu, y être en quelque sorte en stagnation, et n'attendre qu'une circonstance favorable pour se développer;

3.° C'est à l'existence de cette cause première, à ce principe caché, à cette diathèse cancéreuse enfin, que des écrivains n'ont admise que conjonctivement et par voie de transmission, que le Père de la médecine à voulu faire allusion dans son aphorisme, et que par le mot cancer *occulte*, il n'a pas prétendu désigner cette espèce de cancer recouvert encore par la peau non ulcérée, mais bien le cancer général entretenu par une cause intérieure.

CYSTOTOMIE.

Des avantages de la multiplicité des incisions de la prostate dans l'opération de la Taille périnéale,

PAR M. ROLLAND.

Dupuytren pensait en 1813, que « les méthodes et les procédés pour extraire la pierre de la vessie paraissaient être » arrivés au degré de perfection dont ils étaient susceptibles; » que de nouvelles méthodes et de nouveaux procédés ne » feraient que surcharger la science de richesses superflues; » que la raison conseillait de borner désormais nos soins à » balancer les avantages et les inconvéniens des méthodes que » nous possédons, à déterminer d'une manière précise les cas » qui requéraient l'emploi de chacune d'elles, et ceux qui » l'excluaient; à faire connaître, s'il était possible, les moyens » de prévenir leurs inconvéniens, et d'y remédier lorsqu'on » n'avait pu les empêcher. »

Cette opinion qui fut consignée dans une thèse composée pour le concours de la chaire de médecine opératoire, ne trouva pas de contradicteurs : tous l'acceptèrent comme une vérité démontrée; et un chirurgien distingué de l'époque, M. Roux, la reproduisit dans un ouvrage qu'il publia en 1814. Mais

lorsque son rare génie et son profond savoir le plaçant à la tête de l'Hôtel-Dieu de Paris, lui acquirent le sceptre de la chirurgie française, Dupuytren ne tarda pas à revenir de son opinion. L'immense théâtre sur lequel il était appelé à exercer désormais, les brillantes facultés dont la nature l'avait doué, lui fournissant l'occasion de faire des recherches sur les causes qui enlevaient la majeure partie des opérés, il put se convaincre, que les nombreuses chances de mort qui semblaient attachées à l'opération de la pierre, devaient être plutôt attribuées au vice des méthodes employées, qu'à l'opération elle-même.

En effet, des nombreuses victimes que fait l'opération de la pierre, les unes succombent à l'inflammation, les autres à l'hémorragie. L'inflammation, qui en fait périr le plus grand nombre, est tantôt le résultat d'une incision *trop grande*, tantôt d'une incision *trop petite*. Dans le premier cas, l'instrument tranchant, après avoir divisé la prostate et le col de la vessie, intéresse encore l'aponévrose périnéale profonde, le corps de la vessie, facilite l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire du bassin, et donne lieu à une inflammation gangréneuse presque toujours mortelle. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'incision est trop petite, l'inflammation est la conséquence de la déchirure, de la contusion du col de la vessie et des parties environnantes occasionnée par le jeu réitéré des instrumens et le passage forcé du calcul.

Quant à l'hémorragie, elle dépend ou de l'étendue ou de la direction des incisions. En effet, l'incision extérieure commencée trop haut, on divise inévitablement *l'artère transverse du périnée;* prolongée trop bas, et surtout vers la tubérosité de l'ischion, *l'artère superficielle du périnée* est ouverte, et on pourrait intéresser *l'artère honteuse* si le lithotome était trop ouvert et dirigé trop transversalement.

La science en était à ce point, et les tableaux statistiques dressés tant en France qu'à l'étranger, donnaient pour plus beaux résultats un insuccès sur quatre ou cinq opérations. Dupuytren se livra à de nouvelles recherches. Une explication plus vraie, plus exacte du texte de Celse, et surtout des essais souvent répétés sur le cadavre, le conduisirent à la découverte d'une méthode qu'il appela nouvelle, mais qui n'est à proprement

parler que la méthode de Celse, modifiée et rendue beaucoup plus sûre et plus facile dans son exécution. En voici la description :

Le cathéter est introduit dans la vessie; un aide le tient perpendiculairement à l'axe du corps, et le porte plutôt contre la symphise du pubis. Armé d'un couteau à double tranchant, le chirurgien fait au périnée une incision courbe transversale, embrassant l'anus de sa concavité, et coupant le raphé à environ six lignes de cette ouverture. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose périnéale superficielle, la pointe antérieure du sphincter externe, et la partie postérieure du bulbe de l'urètre, doivent être successivement divisés dans la même étendue, jusqu'à ce qu'on sente distinctement le cathéter et sa canelure.

Il importe dans ce temps de l'opération, de bien se rappeler la situation et les rapports de l'urètre avec l'intestin, afin de ne pas pénétrer dans ce dernier avec le bistouri. Dans le deuxième temps, on ouvre l'urètre dans l'étendue de trois à quatre lignes, en dirigeant l'instrument de bas en haut, pour ne pas inciser le *rectum*, et l'on pénètre ainsi dans la canelure du cathéter. L'ongle de l'indicateur de la main gauche vient remplacer la pointe du bistouri, et sert de guide au lithotome à double tranchant inventé par Dupuytren, et perfectionné par l'habile coutelier Charrière. Quand le lithotome est parvenu dans la vessie, le chirurgien en dirige la convexité en haut, l'ouvre en pressant sur la bascule, et le retire avec lenteur, en abaissant graduellement le manche vers l'anus, jusqu'à ce que les lames soient entièrement dégagées.

Telle est la méthode de Dupuytren. Il est facile de voir toute la différence qui existe entre elle et les méthodes ou procédés employés jusqu'à lui.

Il est vrai de dire cependant que plusieurs années avant Dupuytren, Chaussier, et plus tard Béclard, avaient été conduits à des résultats à peu près semblables, mais leur découverte n'était connue que de quelques-uns des nombreux élèves qui fréquentaient l'amphithéâtre de ces chirurgiens célèbres, et Dupuytren assure n'en avoir jamais eu connaissance. Mais quand même il serait prouvé qu'il connaissait les travaux de Chaussier et de Béclard, il lui resterait toujours le mérite d'en avoir

fait, le premier, l'application sur le vivant dans sa pratique publique, et d'avoir mis les élèves à même d'apprécier tous les avatages de cette heureuse découverte.

La publication de la méthode de Dupuytren, éveilla l'attention de plusieurs chirurgiens, qui jugeant tout le parti qu'on pouvait en tirer, se livrèrent à de nouvelles recherches. Celles que fit M. le docteur Senn le conduisirent à proposer quelques modifications. Des expériences nombreuses faites sur le cadavre, lui ayant démontré qu'en incisant obliquement à gauche et à droite, comme le recommande Dupuytren, la glande prostate et le col de la vessie, on n'obtenait qu'une ouverture triangulaire de 42 lignes de périmètre, il eut l'idée d'inciser obliquement à gauche, comme dans la taille latéralisée, et transversalement à droite, comme le faisait Béclard, et il obtint ainsi une ouverture dont le périmètre est de 59 lignes. Enfin M. Vidal de Cassis proposa, dans le cas où le calcul à extraire aurait plus de 52 lignes de périmètre, d'inciser la prostate sur quatre côtés, en bas, en haut, mais dans une direction oblique. En adoptant dans ma pratique cette manière de procéder, que j'ai reconnue supérieure à toutes les autres méthodes quand le calcul est fort volumineux, je suis parvenu, sans produire d'infiltration d'urine dans le bassin, à extraire des calculs de 68 lignes de périmètre.

I.re OBSERVATION.

57 ans, un calcul pesant 2 onces 5 gros, 44 lignes de périmètre.
Taille bilatérale.

Le nommé Firmin Esquerre, natif de Campfranc (Espagne), âgé de 57 ans, d'une taille élevée, d'une constitution athlétique, mais singulièrement amaigri par les souffrances, éprouvait, depuis deux ans environ, tous les symptômes qui accompagnent la présence d'une pierre dans la vessie, tels que pesanteur au périnée, douleur continuelle dans cette région, cuisson dans l'urètre, principalement dans la fosse naviculaire; besoin fréquent d'uriner, jet de l'urine interrompu parfois, douleurs insupportables en rendant les dernières gouttes. L'urine est rendue en petite quantité; elle est trouble, et dépose un sédiment abondant.

Pour m'assurer de l'état des voies urinaires, je sondai le

malade. Le cathétérisme détermina une douleur fort vive, surtout au col de la vessie, dont la capacité était fortement réduite. La sonde me fit découvrir une pierre de forme rugueuse et d'un volume assez considérable. A ces symptômes locaux se joignait une fièvre continue, le défaut d'appétit, et l'insomnie; ce qui avait mis le malade dans un état de faiblesse extrême.

Avant d'entreprendre aucune opération, je jugeai convenable de combattre les accidens généraux et locaux; à cet effet, le malade fut soumis à un traitement antiphlogistique : sangsues au périnée, bains, lavemens, boissons émollientes, privation d'alimens. Continué pendant un mois, ce traitement rétablit le calme peu à peu. L'excrétion de l'urine fut plus facile, le sommeil revint, le pouls rentra presque dans l'état naturel. Je convoquai en consultation MM. les docteurs Viguerie et Ducasse, pour décider quel était le mode opératoire à employer (le malade m'avait été adressé pour être lithotricié). Il fut décidé que, vu l'état de la prostate, qui nous parut fort malade; vu le peu de capacité de la vesssie, et surtout son excessive sensibilité, la lithotritie était impraticable, et qu'il fallait donner la préférence à l'opération de la taille. En conséquence, l'opération fut pratiquée le 30 Juin 1824, de la manière suivante :

Le malade fut placé, en face d'une croisée, sur une table recouverte d'un matelas, la tête plus basse que le bassin (comme le recommandait Chaussier); afin que la région du périnée et de l'anus se présentât dans toute son étendue, et que le pubis se trouvât sur un plan horizontal, les tubérosités ischiatiques devant dépasser un peu le rebord du matelas. Les jambes furent fléchies, écartées, et les cuisses relevées sur l'abdomen, chaque pied, saisi par la main correspondante, fut fixé dans cette position au moyen de plusieurs tours de bande. Deux aides embrassèrent le bas de chaque jambe avec une main, tandis qu'avec l'autre ils écartaient les genoux en dehors.

Placé au-devant du malade, j'introduisis un cathéter dans la vessie; j'en inclinai la plaque à droite, et un peu du côté de l'aine, afin de faire saillir la convexité à gauche du raphé. Cet instrument étant maintenu par un aide dans cette position, je tendis avec la main gauche les tégumens du périnée. Un bistouri droit à pointe forte, tenu de la main droite comme

une plume à écrire, fut enfoncé profondément sur le côté du raphé, à 9 lignes au-dessus de l'anus; et puis, baissant la main, je prolongeai l'incision, en retirant l'instrument, jusqu'au milieu de l'espace compris entre cette ouverture et la tubérosité ischiatique. (Je préfère, avec Béclard, une seule incision, comme on le pratique dans la taille latéralisée, à l'incision courbe de Dupuytren : il est plus facile d'éviter le bulbe de l'urètre, surtout chez les vieillards.) L'indicateur de la main gauche, porté dans la plaie, me servit à reconnaître la canelure du cathéter, et à guider la pointe du bistouri sur la portion membraneuse de l'urètre, que je divisai dans l'étendue de 3 à 4 lignes. A la faveur de cette incision, j'introduisis dans la canelure du cathéter la languette qui termine le lithotome du frère Côme, que j'avais disposé pour faire une ouverture de 11 lignes, et m'étant assuré qu'aucun corps n'était interposé entre les deux instrumens, je saisis avec la main gauche le manche du cathéter, et j'en rapprochai la courbure sous la symphise du pubis; pendant qu'avec la main droite je poussai le lithotome en avant, je fis basculer le cathéter, et facilitai ainsi l'introduction du lithotome dans la vessie.

Le cathéter retiré de la vessie, la lame du lithotome fut dirigée en dehors. Je pressai sur la bascule pour écarter la lame, et en retirant l'instrument je fis à la prostate et au col de la vessie une incision ayant à peu près la même direction que celle des ligamens. Il s'échappa aussitôt avec l'urine une assez grande quantité de pus.

Le doigt indicateur de la main droite introduit dans la plaie, me servit à en reconnaître la dimension, et à conduire un bistouri droit boutonné, tenu de la main gauche, afin de faire une incision transversale sur le côté droit de la prostate (modification de Senn), tandis qu'un cathéter, introduit par la plaie jusque dans la vessie, et dont la plaque était confiée à un aide, servait à retenir les parties et facilitait l'action du bistouri boutonné.

Les tenettes pénétrèrent avec facilité dans la vessie; le calcul fut chargé et extrait (l'opération dura deux minutes et demie). Le malade fut placé dans son lit, les jambes rapprochées, la partie supérieure du corps légèrement fléchie en avant, les genoux relevés. Quelques instans après, le malade éprouve

des douleurs violentes dans le bas-ventre, la vessie se dessine sous la forme d'une tumeur dure et arrondie; mouvemens convulsifs, hoquet, vomissemens, pouls petit et fréquent, face grippée, respiration fréquente; le corps est couvert d'une sueur froide.

Un grain d'opium, quarante sangsues sur la région hypogastrique. Les piqûres sont recouvertes d'un cataplasme émollient renouvelé chaque quart d'heure. L'écoulement du sang est très-abondant. Diminution sensible de la douleur, retour de la chaleur, hoquet plus rare. L'hémorragie arrêtée, on continue les applications émollientes, et on administre chaque heure une cuillerée d'une potion calmante, dont le sirop de morphine faisait la base; tisane d'orge et de graine de lin.

Vingt-quatre heures après l'opération, le pouls est à peine fébrile; l'urine, qui a coulé par le canal toute la nuit, passe en partie par la plaie; la douleur du bas-ventre n'existe plus que sur un point. Tisane d'orge et de graine de lin, deux prises d'un bouillon léger, continuation des fomentations émollientes.

Depuis cette époque jusqu'à la guérison, qui a été complète au seizième jour, le malade n'a rien présenté de remarquable. L'appétit et les forces sont revenus insensiblement, et il a pu quitter Toulouse, pour se rendre en Espagne, un mois après avoir été opéré. Il jouit depuis d'une santé parfaite.

Nul doute que si j'avais pratiqué l'opération par la méthode ordinaire, la contusion, le déchirement des parties, déjà fort malades, auraient occasionné une inflammation probablement mortelle.

Si, lorsqu'au moyen du cathéter introduit dans la vessie, et d'un ou deux doigts poussés dans l'anus on acquiert la certitude que le calcul est très-volumineux, alors, à l'imitation de M. le docteur Vidal de Cassis, on doit diviser la prostate s r trois ou quatre côtés, plutôt que de s'exposer à des déchirures, des contusions, qui peuvent avoir les suites les plus graves. C'est la conduite que j'ai tenue dans les deux observations suivantes.

2.e OBSERVATION.

69 *ans, deux calculs pesant ensemble* 4 *onces* 5 *gros; le plus volumineux a* 66 *lignes de périmètre* [1]. Taille trilatérale.

M. B***, imprimeur-libraire à Toulouse, issu d'un père sujet à la gravelle, a éprouvé, à différentes reprises, quelques attaques de rhumatisme articulaire. A l'âge de 66 ans, M. B*** ressentit un sentiment de gêne, de pesanteur au périnée, une douleur légère mais continuelle dans la fosse naviculaire, qui l'obligeait à se tirailler la verge; le jet de l'urine était par fois interrompu, etc. Les souffrances devinrent continuelles, l'appétit diminua, se perdit; le sommeil était interrompu à chaque instant pour rendre quelques gouttes d'urine; plus tard, incontinence, les vêtemens sont constamment mouillés et répandent une odeur ammoniacale.

Tel était l'état de M. B***. L'histoire des souffrances qu'il éprouvait me fit soupçonner l'existence d'une pierre dans la vessie; l'introduction d'une sonde m'en donna la certitude. Le cathétérisme fut renouvelé deux jours après en présence de M. le docteur Duclos oncle. A la faveur de la sonde, je poussai une injection, mais la vessie ne put en recevoir qu'une petite quantité. Nous acquîmes la certitude que le calcul était très-volumineux, que la vessie était rapetissée, peu dilatable et surtout fort sensible, ainsi que l'urètre. L'état des parties nous fit penser que la lithotritie n'était pas praticable, et qu'il fallait soumettre le malade à l'opération de la taille. Deux ou trois mois furent employés à familiariser le malade à l'idée d'une opération qui lui répugnait, à attendre que le temps fût propice, et à le préparer afin d'assurer le succès.

Enfin le malade désirait vivement l'opération; elle fut pratiquée suivant les principes décrits précédemment, le 2 Mai 1837, en présence de MM. les docteurs Roques d'Orbcastel, Etienne Roaldès, Ressayre et Dassier. Convaincu d'avance que la pierre était fort volumineuse, j'incisai la prostate sur deux côtés (selon la méthode de Senn); les tenettes introduites dans la vessie, la pierre fut chargée avec quelque difficulté. Eprouvant trop de résistance de la part des parties molles, malgré les deux incisions que j'avais faites, j'en pratiquai une

[1] Voyez la planche n.° 1.

troisième en haut et à droite; les tentatives d'extraction renouvelées, je sentis que la pierre s'engageait, et après des efforts violens mais ménagés, afin de dilater les parties et éviter leur déchirement, j'emmenai une pierre qui, mesurée plus tard, donna 66 lignes de périmètre. Cette pierre présentant une surface fort unie, j'en soupçonnai une deuxième, les tenettes introduites de nouveau, celle-ci fut chargée avec facilité et extraite sans efforts.

Aucun vaisseau important n'ayant été ouvert, le malade fut mis dans son lit. Le bas-ventre fut couvert de compresses de flanelle trempées dans une décoction émolliente et calmante, renouvelées chaque quart d'heure, tisane d'orge et de graine de lin; potion calmante par cuillerées. La journée est assez calme, le malade sommeille, ce qui ne lui était pas arrivé depuis long-temps; une partie de l'urine est rendue par le canal, le pouls moins fréquent qu'avant l'opération.

Le 3, la vessie se dessine légèrement au-dessus du pubis, un peu douloureuse à une forte pression; l'urine s'écoule en totalité par la plaie. Même régime, même prescription.

Le 4, même état que la veille, diminution dans la fréquence du pouls.

Le 5, le malade se plaint d'une grande faiblesse, le pouls est petit; absence de toute douleur. Les confrères cités plus haut, qui avaient eu la bonté de continuer de voir le malade avec moi, décidèrent qu'il fallait permettre un peu de bouillon léger.

De jour en jour la cure n'a été traversée par aucun accident. Une partie de l'urine est passée par le canal le douzième jour. J'augmentai insensiblement la quantité des alimens jusqu'au vingt-neuvième jour, où M. B*** put sortir de sa chambre et se livrer à ses occupations. La plaie était entièrement cicatrisée depuis deux ou trois jours.

3.e OBSERVATION.

84 *ans*, *calcul ovoïde*, *pesant* 6 *onces*, 68 *lignes de périmètre dans sa plus petite circonférence*[1]. Taille quadrilatérale.

Le nommé Barnère, natif de Montauban, âgé de 84 ans, de petite taille, et ayant le corps amaigri, fut opéré de la pierre

[1] Voyez la planche n.° 2.

à l'âge de 10 ans. Le calcul qui fut extrait, à cette époque, avait la grosseur et la forme d'un petit œuf de pigeon.

Il ne put fixer l'époque où il éprouva de nouveau des douleurs dans les voies urinaires, il se rappelait seulement que depuis l'opération il n'avait jamais uriné avec facilité, et que presque toujours il éprouvait des douleurs en rendant les dernières gouttes d'urine. Habitué qu'il était à souffrir, et attribuant son état aux suites de la première opération, B*** supportait son état sans se plaindre, mais les douleurs devenant chaque jour plus fortes, il eut recours enfin à M. le docteur Renaud, médecin éclairé de Montauban, qui découvrit, par le cathétérisme, une pierre volumineuse et de forme murale.

Malgré son grand âge, B*** désirait être débarrassé de ses souffrances par une opération. Il vint me consulter dans le courant du mois de Juin 1834. Il présentait tous les symptômes qui caractérisent l'existence d'un calcul. Le cathétérisme me fit découvrir une pierre fort grosse occupant tout le bas-fond de la vessie. Le doigt introduit dans le rectum fit sentir une partie de la pierre; la prostate me parut hypertrophiée. La santé générale du malade était satisfaisante; le pouls naturel, l'appétit bon, la digestion facile; il était plein de courage et de confiance dans l'opération.

Elle fut pratiquée le 5 Juillet 1834, à Montauban, en présence de MM. les docteurs Renaud et Delcassé, etc. Parvenu dans la vessie par le procédé opératoire tel que je l'ai indiqué, je chargeai une pierre plus volumineuse que je ne l'avais jugée. Après avoir long-temps essayé, mais envain, de l'extraire, je me décidai à inciser la prostate en haut sur les deux côtés, dans une direction oblique, et rendis ainsi la taille quadrilatérale. Cette fois les tentatives d'extraction furent plus heureuses, et le calcul fut extrait. Il était de forme ovoïde; la petite circonférence mesurait 5 pouces 8 lignes, et la plus grande 7 pouces. Malgré la longueur de l'opération, malgré les violentes souffrances que le malade avait dû éprouver, il ne se déclara aucun phénomène inflammatoire dans les organes urinaires.

B*** accusait simplement une douleur à la racine de la verge. La nuit fut assez tranquille. Le lendemain le pouls était devenu plus fréquent; c'est le seul phénomène remarquable qu'il présenta. Livré depuis cette époque aux soins éclairés de

MM. Renaud et Delcassé, B*** s'est rétabli avec assez de rapidité. Il survint cependant un abcès au périnée, qui se termina par la gangrène d'une portion des tégumens et par une légère fistule; c'est tout ce qui a resté après cette grave opération.

Il m'eût été facile de rapporter un plus grand nombre d'observations, mais celles-ci suffiront pour motiver la préférence de la méthode que j'ai adoptée, et prouver toute l'importance des services rendus à la science et à l'humanité par ceux qui, les premiers, ont eu l'idée d'établir en règle générale la multiplication des incisions sur la prostate.

J'ajouterai que la cystotomie a été pratiquée par Dupuytren soixante-dix fois environ, à l'Hôtel-Dieu ou en ville, et sur ce nombre six malades seulement succombèrent : on remarqua surtout à l'Hôtel-Dieu une série de vingt-six opérations pratiquées de suite avec succès : les morts ont en général été dans la proportion de un sur douze environ [1]; que dans ma pratique particulière je ne compte qu'un insuccès sur treize opérations, et je tiens du chirurgien du Tarn, mon honorable ami le docteur Rigal, qu'il obtient plus de succès depuis qu'il a adopté la méthode bilatérale

En présence de pareils résultats, il y aurait, je pense, de la légèreté à se ranger de l'opinion de ceux qui prétendent que la lithotritie doit être la règle, et la lithotomie l'exception. Tout homme de bonne foi conviendra, avec MM. les docteurs Sanson et Velpeau, que la taille est applicable en bien plus grand nombre de cas, plus facile dans son exécution, plus sûre dans le résultat principal, et plus souvent exempte d'affections consécutives, douleurs, catarrhes, etc. On a prouvé par des tableaux statistiques qu'il mourait un malade sur quatre ou cinq opérés; mais en dressant ces tableaux, on n'a tenu aucun compte de la méthode employée, et dès-lors il y aurait je pense de l'injustice à rejeter sur le compte d'une opération en général, ce qui souvent peut et doit être attribué à l'inexpérience ou à l'inhabileté du chirurgien. Opérer n'est pas toujours le plus difficile; il y a des accidens à prévenir, souvent il y en a d'autres à combattre; et dans l'état actuel de nos connaissances, on recevrait fort mal

[1] *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, tom. VI, pag. 107.

un chirurgien qui, après avoir opéré son malade, se contenterait de dire, comme *Jacques de Baulieu : Je l'ai opéré, Dieu le guérira* [1].

CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE TOULOUSE

pendant le mois de Juin 1837,

PAR M. D. BERNARD.

Le mois de Mai a été remarquable par l'abaissement de sa température et par les variations fréquentes de la colonne barométrique. Il n'en a pas été de même dans le mois de Juin: le baromètre a peu varié et s'est maintenu constamment entre 75 c 10 m et 76c, et le thermomètre s'est brusquement et sans transition aucune élevé jusqu'à 26 ° R. Il résulte donc de ce rapprochement que nous n'avons pas eu de printemps, et qu'une saison chaude a remplacé presque immédiatement l'interminable hiver auquel nous avons dû cette quantité de maladies catarrhales, qui a donné sans contredit à la grippe l'immense développement qu'elle a pris parmi nous.

Suivant la doctrine des maladies régnantes, qui existe encore de nos jours telle que les anciens nous l'ont transmise, nous aurions dû voir succéder aux affections catarrhales et inflammatoires les affections bilieuses, ou pour mieux dire les maladies de l'estomac et du tube digestif; il n'en a pourtant pas été ainsi, car d'après les résultats pratiques qui ont été signalés et que nous allons rappeler, les maladies inflammatoires se sont encore montrées avec un caractère d'intensité qu'elles n'avaient pas eu pendant le mois précédent. Nous ajouterons que dans le dénombrement des faits observés par les praticiens les plus recommandables, aucun d'eux n'a signalé les affections du tube digestif. Chercher à expliquer cette espèce d'anomalie, ce serait se lancer en pure perte dans un dédale hypothétique, sans espoir de rencontrer le fil sauveur à l'aide duquel on pourrait soulever le voile qui cache à notre esprit l'action à la fois puissante et insaisissable des grands phénomènes de la nature sur les corps organisés, et particulièrement sur l'homme.

[1] *Médecine opératoire de Sabatier*, 2.me édition. tom. III, pag, 170.

Nous ferons cependant observer, sans vouloir toutefois donner à ce fait la force d'une preuve démonstrative, que le vent du nord-ouest a presque constamment soufflé pendant le mois de Juin, et que nous n'avons eu que trois jours de pluie.

Les maladies qui ont régné pendant le mois qui nous occupe, sont donc, d'après leur ordre de fréquence : les encéphalites aigues, principalement chez les enfans. Elles ont été combattues par les émissions sanguines, par l'application de la glace, par les révulsifs internes et externes, et dans quelques cas par les frictions mercurielles. On a obtenu de grands résultats à l'aide de l'application prolongée de la glace sur la tête; ce moyen n'a eu d'autre inconvénient que de déterminer de la raideur dans le col, et ce symptôme a été efficacement combattu par l'emploi du mercure en frictions. Nous devons ajouter que dans quelques cas l'application des sangsues derrière les oreilles a suffi pour enrayer la marche de la maladie.

Les péripneumonies ont été assez nombreuses. En général les saignées ont jugulé la maladie. Dans un cas caractérisé par l'absence de la douleur et par des crachats ressemblant au jus de pruneaux, la méthode rasorienne a complètement réussi, l'émétique avait été porté à la dose de 36 grains dans les vingt-quatre heures. Des catarrhes aigus et de nombreuses coqueluches complettent le tableau des maladies de poitrine observées dans ce mois.

Les fièvres intermittentes à type tierce ont été presque aussi fréquemment observées que dans le mois précédent. On leur a opposé le traitement ordinaire, qui a également réussi.

Les ophtalmies ont été fréquentes. Outre les moyens ordinaires employés pour les combattre, on a retiré un grand avantage, dans des cas très-graves, de l'usage du nitrate d'argent. Il faut observer à cet égard que ce moyen n'est pas utile dans tous les cas, et qu'employé intempestivement il pourrait devenir funeste.

On a enfin signalé les maladies suivantes, que nous nous contenterons de mentionner, puis qu'elles n'ont présenté rien de remarquable, soit dans leur marche, soit dans leur terminaison, soit enfin dans le traitement qui leur a été opposé; telles sont les otitis, les angines, quelques cas d'érysipèle à la face, d'apoplexie foudroyante, d'hémoptysie; quelques rhumatismes, mais en petit nombre, contrairement à ce qui avait été observé pen-

dant le cours du mois précédent; quelques rougeoles bénignes, plusieurs varioloïdes, plusieurs cas de variole, enfin un certain nombre d'éruptions anomales.

Nous terminerons cet aperçu en signalant à l'attention des médecins plusieurs cas de pertes utérines rebelles survenues à la suite de fausses couches, et qui ont été arrêtées par l'application d'un large sinapisme entre les épaules. Ce moyen, comme on le sait, a été proposé par M. Velpeau. Enfin, quelques cas de croup guéris en trois jours à l'aide des cautérisations de nitrate d'argent. Relativement à ce dernier fait, ceux de nos confrères à qui nous devons plusieurs observations du même genre, doivent nous communiquer les résultats détaillés obtenus à l'aide de cette énergique médication, et qui seront insérés dans les prochains numéros du journal.

Tableau météorologique du mois de Juin 1837.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE.
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. E.	N. N. O	S. O.	
76c 0m	75c 10m	26° R.	9° R.	5 j.	17 j.	8 j.	3 j.

BIBLIOGRAPHIE.

FLORE DU BASSIN SOUS-PYRÉNÉEN,

Ou Description des Plantes qui croissent naturellement dans cette circonscription géologique, avec l'indication spéciale des espèces qui se trouvent aux environs de Toulouse; par M. J.-B. Noulet, *docteur-médecin, ex-professeur de culture au Jardin des Plantes de Toulouse, etc., etc.*

(ANALYSE PAR M. A. DASSIER.)

La botanique est aujourd'hui une des sciences naturelles dont l'étude est la plus avancée : c'est parce que cette étude est tou-

jours utile ou agréable. En effet, tandis que l'homme sensible et le poète trouvent dans la contemplation d'une fleur d'aimables inspirations et des joies ineffables, le philosophe et le physicien y découvrent de graves enseignemens et la solution d'importans problêmes. L'agriculteur et l'industriel en font jaillir des sources inépuisables de richesses, le médecin y cherche avec succès des remèdes aux maux nombreux qui désolent l'humanité, et l'homme de génie fait une révolution dans les mœurs et les habitudes d'un peuple par la seule introduction d'un arbre, d'un tubercule ou d'une graine dans son pays. Qu'on se rappelle l'histoire du maïs, de la canne à sucre, du café, du tabac, du coton, de la pomme de terre, et quelle immense influence ces plantes ont eue sur les nations qui en ont adopté la culture. Ce n'est donc pas une occupation frivole que la botanique : rien n'est inutile dans cette mine. Le choix seul et l'application de ses produits sont difficiles. Combien les anciens honoraient ceux qui se vouaient à l'étude des plantes; et de quels respects le botaniste voyageur ne se trouve-t-il pas entouré aù milieu des peuplades sauvages du vieux comme du nouveau Monde !

L'immense et magnifique inventaire du règne végétal est commencé de toute part : sans doute la main puissante qui en écrira la dernière page n'est encore au service d'aucune intelligence humaine; mais en attendant qu'elle vienne, les matériaux se rassemblent, se coordonnent pour cette grande œuvre. Avec de simples catalogues l'on a composé de petites flores, bien restreintes, mais exactes; avec les florules se forment les flores d'une province, d'un pays, d'un continent, et certes les travaux en ce genre sont déjà aussi nombreux que précieux.

Malheureusement, notre pays toulousain n'avait pas jusqu'à ce moment à montrer une flore digne de sa riche végétation. M. Serres n'ayant voulu composer qu'un simple catalogue des plantes qui croissent aux environs de la ville, et l'ouvrage de feu M. Tournon, ne méritant aucun nom à cause des nombreuses erreurs dont il fourmille.

Depuis quinze ans, M. le docteur Noulet s'était donné la mission d'étudier d'une manière complète, les végétaux qui couvrent ce qu'il appelle le bassin sous-pyrénéen, c'est-à-dire un espace qui pourrait être circonscrit par une ligne, passant

par Pamiers, Martres, Lille-en-Dodon, Mirande, Condom, Agen, Caussade, Albi, Gaillac, Revel, Mazères. Une partie de cet immense travail vient de sortir des presses de M. Paya, C'est l'exposition naturelle des plantes phanérogames particulières à la circonscription géologique, dont les villes déjà citées indiquent assez bien l'extrême frontière.

Je suis l'ami intime de M. Noulet, personne ne l'ignore, et à ce titre j'éviterai, je l'espère, le double reproche souvent adressé avec juste raison aux faiseurs d'analyses, à savoir : de parler d'un livre sans en avoir lu autre chose que la préface, et de marquer quelquefois la critique au coin des mauvaises passions. Et si quelqu'un trouvait étrange qu'un ami rende compte du livre d'un ami, qu'il veuille se rappeler que dans la république des lettres aucune loi ne le défend, et puis, que l'amitié peut bien imposer le silence, quand la vérité à dire serait dure à entendre, mais que celui qui écrit avec quelque conscience ne se laisse jamais aveugler au point de recommander au public, et à haute voix, un œuvre qui vaudrait à peine une faible recommandation faite à l'oreille et à voix basse; si donc le livre de M. Noulet était mauvais, je n'en parlerais pas. C'est parce que j'ai la conviction qu'il n'a pas de notables défauts, que je vais en faire une rapide exposition.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour qu'une flore soit bonne : d'abord, comme le disait Linnée, elle doit renfermer la description des plantes croissant spontanément dans un lieu déterminé; ensuite cette description doit être présentée dans un ordre systématique, afin que les plantes inconnues au floriste puissent venir y figurer sans déranger l'harmonie de l'ouvrage, et qu'en faisant connaître celles qu'il a sous les yeux il ne manque pas d'indiquer leur habitation, la nature du sol qui les nourrit, les différentes époques de leur développement, et les noms indigènes qu'elles portent.

M. Noulet a, je crois, rempli ces conditions, et les a remplies en homme capable de comprendre dans son esprit comme dans sa lettre le précepte de l'illustre professeur d'Upsal.

En entrant en matière, M. Noulet esquisse à grands traits la physionomie du pays qu'il a soumis à ses investigations, et dont il va faire connaître la brillante parure. Il a senti toute l'importance que pouvaient acquérir ses recherches, en se bor-

nant à une circonscription géologique bien déterminée : il est parti du pied septentrional des Pyrénées et du bord occidental de la Montagne-Noire, et, marchant vers l'Océan, il s'est arrêté, d'un côté, aux collines secondaires du Tarn, aux terrains jurassiques du Lot-et-Garonne et du Lot, et de l'autre, aux landes d'Aquitaine. Certes, la moisson devait être belle sur une si vaste surface, sillonnée par des cours d'eau très-nombreux, coupée souvent de coteaux, et formant une quantité considérable de sols distincts ; mais il fallait tout le zèle de notre infatigable naturaliste pour ne pas plier sous le poids de la récolte ; il fallait avoir toute sa sagacité pour éviter les erreurs de ses devanciers, et tout son courage pour effeuiller sans pitié quelques fleurs de la couronne dont Toulouse surtout avait la tête ceinte. Dans un livre consciencieux, la poésie a dû céder la place à la vérité, et il a fallu exclure de la flore du bassin sous-pyrénéen toutes les plantes d'origine étrangère, quelque anciennes que fussent leurs lettres de naturalisation. Ainsi l'ordonnait l'immortel auteur de la Philosophie botanique : « *Floristæ enumerant vegetalia spontanea certi alicujus loci* ». Aussi ce n'est pas par oubli, mais par respect pour cette loi juste, et pourtant rigoureuse, que M. Noulet a omis la description des plantes qui ornent nos jardins et fournissent à nos tables des alimens substantiels ou des fruits délicats. La pomme de terre, pas plus que la pêche duvetée ; la bourrache, si chère aux catarrheux, pas plus que le cognassier, dont le villageois borne son héritage, n'ont trouvé grâce devant le scrupuleux naturaliste, qui devait faire seulement le dénombrement de nos végétaux indigènes.

Pour la disposition générale de son ouvrage, M. Noulet a adopté, à quelques changemens près, l'ordre par familles naturelles, tel que M. de Candolle l'a proposé dans sa *Théorie élémentaire de la botanique*, le même que ce savant suit dans le *Prodromus*, et dont ont fait choix M. Duby dans le *Botanicon Gallicum*, et M. Brébisson dans la *Flore de la Normandie*. Sans doute cette série est très imparfaite lorsqu'elle n'embrasse pas l'universalité des végétaux communs, et il en est toujours ainsi, lorsqu'on ne l'applique qu'à l'histoire particulière des plantes d'un pays, mais aussi elle a le grand avantage de ne jamais rompre les rapports naturels des genres et des familles. C'est cette

considération qui a porté M. Noulet à donner la préférence à la méthode naturelle : personne ne lui en fera un reproche. Il s'est montré judicieux et savant botaniste, toutes les fois qu'obligé de quitter la route tracée, il a fait de nouvelles divisions ou opéré des rapprochemens tels que ceux introduits dans la famille des *solanées*, et dans le genre *orobanche*, de de la famille des *orobanchées*, par exemple.

A cause de sa nature même, une flore doit principalement se distinguer par une détermination claire et précise des espèces. L'auteur de la flore sous-pyrénénne a mis tous ses soins à faire ressortir les principaux caractères de chaque espèce, à en donner le signalement exact et la synonymie complète. Ce n'était pas un travail de médiocre difficulté, et M. Noulet, on peut le dire sans flatterie, s'en est tiré en maître. Quant aux synonymes, il a borné avec raison sa concordance aux ouvrages publiés sur les plantes de France, et particulièrement à ceux qui ont été consacrés à faire connaître la végétation de notre pays. Sans doute, M. Noulet s'est montré quelquefois sévère dans l'exclusion de la plupart des espèces nouvellement adoptées; mais il s'est montré toujours juste, et n'a jamais craint de soumettre les motifs de son jugement au public. On peut lire les observations dont il appuie sa manière de voir, et l'on restera convaincu de l'importance qu'il y a pour l'avenir de la science, à se montrer difficile en fait d'innovations.

M. Noulet s'est montré non moins exact dans la distinction des variétés offertes par les espèces : l'étude d'un végétal n'est en effet complète, qu'autant que l'on est parvenu à noter exactement les modifications qu'il présente, et qui sont assez essentielles pour changer, jusqu'à un certain point, l'idée que l'on se fait de cette même espèce.

La chose la plus difficile dans toute science descriptive, c'est de décrire chaque individu de manière à le faire distinguer facilement de l'individu qui le précède ou qui le suit. Pour atteindre ce but, il faut que les phrases diagnostiques soient rendues exactement comparatives, et pour cela, que les caractères employés soient tirés des mêmes parties, que ces parties soient nombreuses, nous parlons ici de botanique, afin de pouvoir donner tout à la fois une idée générale du port et du *facies* de la plante. Par ce moyen, on retire un égal avantage

des ressemblances et des différences offertes par les espèces d'un même genre ; et si le signalement dressé d'après ces principes est bien fait, il sera impossible de l'appliquer à une autre plante qu'à celle que l'auteur a eue en vue, résultat exigé dans un livre qui a pour but la détermination des espèces, et qui permet à l'élève d'arriver à la connaissance du végétal dont il veut savoir le nom, et au botaniste critique de décider si l'auteur à exactement appliqué les synonymes qu'il rapporte à sa description.

C'est ainsi que pense M. Noulet, et c'est d'après ces principes qu'il a procédé à la rédaction de ses phrases descriptives. Ces phrases sont neuves presque toutes et ont dû coûter à l'auteur un immense travail. Dans l'appréciation et l'emploi des caractères spécifiques, il a eu le soin de séparer ceux qui sont *constans* d'avec ceux qui sont *variables*, comme la *taille* et la *couleur*, et qui par conséquent ne peuvent avoir la même valeur. Pour la clarté, pour la concision, ces phrases rappellent celles du *Traité des Mollusques* du bassin sous-pyrénéen, par lequel M. Noulet a commencé sa carrière scientifique : c'est le même ordre dans l'exposition des caractères, c'est le même tact qui a présidé à ses descriptions systématiques, qui ont le grand mérite de n'être ni trop longues ni trop courtes.

M. Noulet a suivi jusqu'au bout le précepte de Linnée : après avoir décrit une plante, il en indique *l'habitat*, c'est-à-dire le sol et l'exposition qu'elle préfère, la station particulière où elle végète, et lorsque la plante est rare, la localité précise où elle a été trouvée. Pour favoriser les herborisations des élèves qui suivent nos écoles, l'auteur a souvent cité les environs de Toulouse ; mais en indiquant quelques localités seulement, il n'a pas voulu dire toujours que la plante décrite ne se trouvait que là : toutes les fois qu'il l'a pu, il a choisi l'indication des lieux voisins de la ville, que les débutans dans l'etude de la botanique visitent comme instinctivement dans leurs premières courses.

Pour marquer le degré de rareté de chaque plante, il a employé le moyen ingénieux que Saint-Amands a emprunté des antiquaires ; il consiste à faire usage des lettres C. et R., seules ou jusqu'à trois fois redoublées, de manière à leur faire signifier qu'un végétal est *commun*, *fort commun*, ou *très-commun*, *rare*, *fort rare*, ou *très-rare*.

A l'aide de quelques lettres capitales et d'une combinaison de chiffres arabes que je n'ai pas besoin d'expliquer, il a précisé l'époque de la floraison en douze termes, trois pour chaque saison.

Mais souvent, après la description la plus exacte, des doutes restent dans l'esprit sur l'identité d'une plante. Il faut alors nécessairement recourir aux dessins. M. Noulet a bien fait de ne pas se contenter, à l'exemple des auteurs, de citer la meilleure planche connue. Il a rapporté à la suite de la synonymie toutes celles qu'il a pu vérifier et qui donnent une bonne représentation des plantes: on augmente ainsi les moyens de comparaison, et les grands ouvrages de botanique sont trop chers et trop peu répandus pour que bien des gens aient en même temps et l'*Encyclopédie Méthodique*, et l'*Herbier de France*, et la *Flore Danoise*, et la *Flore d'Autriche*, etc., etc.

Des moyens de détermination qui valent encore mieux que les planches et les descriptions, ce sont les plantes en nature colligées par les auteurs mêmes. Sous ce rapport M. Noulet a été à même de rendre d'importans services à la science, et ses titres à la reconnaissance des botanistes sont écrits dans les notes nombreuses qui forment la partie critique de son ouvrage.

Entre M. de Candolle et de Lapeyrouse s'établit autrefois une vive polémique; et il faut bien le dire, si toutes les attaques de l'illustre professeur de Genève n'étaient pas justes, d'autre part Lapeyrouse se défendit souvent avec aigreur et souleva des récriminations où toute la fougue de son esprit méridional se révèle en traits satyriques. La mort vint mettre la main entre ces deux redoutables lutteurs; mais dès que Lapeyrouse fut descendu dans la tombe, ses ennemis s'acharnèrent, pour ainsi dire, sur sa dépouille, et signalèrent les nombreuses imperfections de l'homme qui avait créé, à Toulouse, l'enseignement botanique. Personne ne prit la défense du défunt, personne ne chercha dans son herbier la réponse aux nombreuses attaques dont il était l'objet. Les partisans de M. de Candolle prétendirent, eux, l'avoir feuilleté ! MM. Bentham et Arnott sont peut-être les seuls qui l'aient visité; mais est-ce bien dans une heure qu'on peut parcourir consciencieusement l'herbier des Pyrénées et y signaler de si nombreuses erreurs?

Il importait qu'un homme capable et impartial devînt en

quelque sorte le juge du procès qui depuis plus de vingt ans est pendant; M. Noulet, pour le moment, n'a pas voulu accepter ce rôle difficile, mais il a singulièrement éclairé les débats. S'il a signalé avec indépendance des erreurs dans l'herbier Lapeyrouse, il a détruit aussi quelques imputations fausses qu'on lui faisait. Et maintenant que la discussion a été ramenée par lui dans les termes des convenances, elle pourra conduire à une juste appréciation des questions si orageusement discutées. Mais revenons à la *Flore du bassin sous-pyrénéen.*

Comme je l'ai déjà dit, cette flore est rangée par familles, mais la méthode naturelle étant très-difficile pour les jeunes botanistes, M. Noulet a placé en tête de l'ouvrage une exposition des genres d'après le système sexuel de Linnée, en ayant le soi de rapporter à leur véritable place les espèces qui font exception. Dans l'intérêt même de ceux qui sont initiés depuis peu à l'étude des plantes, notre auteur a cru devoir négliger les caractères des cinq ordres des *synanthérées* établis par Linnée, comme étant d'un usage très-difficile, et a adopté les trois ordres de Tournefort. Quant à la cryptogamie, il n'en est pas parlé dans l'ouvrage que j'analyse: cette partie de la botanique n'est jamais étudiée que par quelques naturalistes déjà consommés, et c'est à eux que plus tard M. Noulet adressera le fruit de ses patientes recherches.

M. Noulet étant Médecin, on pourrait être étonné qu'il n'ait pas parlé des propriétés médicinales des plantes. S'il avait voulu remplir cette prétendue lacune, il aurait pu trouver des matériaux tout préparés dans une foule d'ouvrages, dans la Flore d'Allioni, par exemple; mais son esprit sévère ne s'est jamais accommodé des divagations et des recettes ridicules de quelques botanistes médicastres. N'ayant pas eu le temps de faire par lui-même des expérimentations sur les propriétés des plantes, il a mieux aimé se taire que de sanctionner les erreurs de la médecine populaire.

La *Flore du bassin sous-pyrénéen* fait le plus grand honneur aux presses de M. Paya, libraire-éditeur; c'est l'ouvrage de science le plus important qui ait été publié depuis longues années à Toulouse. Il forme un volume in-8.° de plus de 800 pages, parfaitement imprimé sur beau papier.

Puisse cette œuvre de patientes recherches et de longs tra-

vaux, dédommager de ses fatigues et de ses veilles son auteur, et le placer au rang qu'il mérite aujourd'hui, au rang des premiers Floristes Français.

REVUE DES JOURNAUX.

Lettre sur la cure radicale des Hernies au moyen des Sutures, par M. Mayor, de Lauzanne.

La *Gazette médicale* a dernièrement fait part à ses lecteurs de mes vues et de mes essais *sur la cure radicale des hernies par les sutures.* Je viens vous en remercier, et vous avouer, en même temps, que les résultats que j'ai obtenus, en continuant à poursuivre ce sujet intéressant, ne m'ont pas tous satisfait, et que je me suis trop pressé de conclure. Du reste, les premiers cas que j'ai traités, et les beaux succès qui les ont couronnés étaient tels, que tout autre s'y serait peut-être laissé prendre comme moi, en les rapprochant surtout de ceux qu'a cités M. Bonnet, de Lyon.

J'avais cru pouvoir expliquer l'obturation des anneaux à la suite de l'opération, par la naissance d'une inflammation adhésive, et par sa progression, de proche en proche, jusqu'au canal herniaire. Je n'ai pas abandonné cette opinion, mais je ne crois plus qu'il soit aussi facile que je l'espérais d'abord, de susciter cet état inflammatoire, de le concentrer et diriger de dehors en dedans, de manière à obtenir le bouchon salutaire en question.

J'ai donc eu des insuccès là même où je comptais sur une guérison certaine, et je n'ai rien obtenu, à plus forte raison, dans quelques cas fort douteux.

Je vais continuer mes essais, mais en prenant des précautions pour localiser davantage et plus profondément l'action des fils, et pour obtenir un degré d'irritation pareil à celui qui s'était manifesté dans mes premières opérations. Si quelques additions à mon procédé, si des recherches ultérieures et de nouvelles données peuvent amener des modifications plus heureuses, et surtout plus constantes, je ne manquerai pas de vous les communiquer.

Un fait incontestable me paraît déjà résulter de ces sutures, telles que les pratique M. Bonnet, ou comme je les ai modifiées : 1.° c'est qu'on guérit parfois ; 2.° c'est que, lors même qu'on échoue, on parvient du moins à contenir momentanément les parties herniées et à faciliter, par ce moyen, l'action subséquente du brayer ; 3.° c'est que celui-ci peut se

montrer efficace là où, avant l'opération, il était impuissant ou infidèle. C'est déjà quelque chose....., en attendant mieux.

De l'emploi du Nitrate d'argent à haute dose dans l'Épilepsie.

Dans une des dernières séances de la société de médecine de Westminster, le docteur J. Johnson a parlé d'un individu, âgé de soixante-dix ans, remarquable par la coloration bleue de sa peau, qui consulta, il y a vingt-cinq ans, le docteur Currie pour des accès d'épilepsie. Ce médecin lui prescrivit de prendre du nitrate d'argent, en commençant par la dose d'un demi-grain deux fois par jour, et en augmentant progressivement. Il en prit pendant trois ans, et arriva, pendant la dernière année, à en employer dix-huit grains par jour. Jamais il ne ressentit le moindre inconvénient de cette dose élevée. Les accès d'épilepsie, qui d'abord furent éloignés, disparurent ensuite complètement pour ne plus reparaître. Dans la discussion à laquelle donna lieu la communication de ce fait, le docteur Adisson dit qu'un médecin français lui avait assuré qu'à Paris on employait le nitrate d'argent à très-haute dose, et qu'il l'avait vu donner à la dose de vingt-quatre grains par jour sans aucun inconvénient. Il est arrivé que des malades ont, par mégarde, bu des solutions concentrée de nitrate d'argent, prescrites comme collyres ou comme injections, sans que cette méprise ait donné lieu à des symptômes graves. Il n'en est pas moins vrai qu'entre les mains d'un praticien pour qui la prudence n'est pas de la timidité, ce médicament est du nombre de ceux qu'il administrera toujours avec la plus grande réserve.

Nouveau Fil pour les Ligatures.

Le docteur J.-B. Brugnon indique un procédé particulier pour prévenir les hémorragies consécutives, qui arrivent assez souvent après la ligature ordinaire des artères. Voici ce procédé : prenez un fil de chanvre seul ou uni à quelques autres selon la grosseur du vaisseau; faites le bouillir dans l'eau de savon, puis dans de l'eau pure pour lui donner assez de souplesse; roulez-le en pelotte et battez-le avec un petit maillet de bois : vous aurez une ligature excellente, et qui n'aura pas besoin d'être cirée. Passez-la autour de l'artère et liez-la, soit avec un simple nœud, soit avec un nœud coulant. Ce nœud ne se desserre jamais. On ramène les bouts du fil en dehors, sans exercer de traction. Le médecin italien assure qu'il emploie ce procédé depuis trente ans, et qu'il a toujours eu à s'en louer.

N°. 2.

N°. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU NITRATE D'ARGENT

EMPLOYÉ DANS LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES AIGUËS.

(**Clinique de l'Hôpital de la Grave.**)

PAR M. AM. DUPAU,

MÉDECIN EN CHEF DE CET HOPITAL.

Les phlegmasies locales guérissent souvent par l'application directe des irritans, qui substituent à l'irritation morbide, quelle que soit sa nature, une inflammation thérapeutique qu'il est facile de contenir dans de justes bornes. Cette méthode d'appliquer les irritans est ce que M. Trousseau appelle la *médication irritante substitutive*, méthode qui n'est pas aussi nouvelle qu'on le croit, mais qui produit souvent les meilleurs résultats dans les organes où les progrès d'une inflammation pourraient causer des accidens irréparables.

Cette transmutation d'une maladie spéciale ou compliquée en une affection simple et naturelle, tient à la différence des causes qui leur donnent naissance et qui peuvent se remplacer dans leurs effets sur les tissus. Il serait trop long de discuter ici ce grand principe de pathologie et de thérapeutique, que les causes des maladies n'agissent pas seulement par la quotité de leur action, mais encore par leur qualité et leur spécialité sur l'organisme : ainsi une maladie n'est point seulement une irritation du plus au moins, mais il y a encore la nature de la cause et l'état particulier ou général des organes, qui sont sans doute aussi importans à connaître pour le traitement.

C'est pour avoir négligé ces vérités fondamentales que Brown et M. Broussais sont tombés dans une foule d'erreurs en élevant leurs systèmes dichotomiques. L'idée dominante de ces deux novateurs, que la vie s'entretient par les stimulans, et que la maladie n'est que l'augmentation ou la diminution de cette action, est une proposition trop exclusive et fausse dans ses applications, car rien ne prouve que la lumière, l'air, les alimens, ne soient que des stimulans ordinaires; et un grand nombre de maladies doivent leur développement

à des causes particulières, qui ne sont pas simplement stimulantes, mais qui donnent à ces maladies des formes et une nature spéciales, indépendantes même de la réaction individuelle.

Ainsi les agens morbides et thérapeutiques ne produisent pas des irritations semblables, et des impressions identiques, plus ou moins intenses, mais des modifications variées, souvent opposées, qui peuvent se détruire entre elles, et qui sont en rapport avec la nature du modificateur et avec les organes sur lesquels ils sont appliqués. C'est à cette différence des causes qui déterminent des affections diverses, dont les unes sont graves et ont une tendance vers la désorganisation des tissus, dont les autres, quoique vives, ont une marche franche et naturelle vers la résolution, que l'on doit rapporter la médication irritante substitutive, qui remplace une inflammation profonde et pouvant avoir des suites funestes, par une irritation fugace dont les effets disparaissent sans laisser de traces.

Ne pourrait-on pas aussi rapporter à une substitution analogue les effets antiphlogistiques produits par certains médicamens irritans à haute dose, comme l'émétique dans les pneumonies, le calomel et l'onguent mercuriel dans certaines phlegmasies, le beaume de copahu dans les blennorrhagies aiguës? Cette influence serait dans ces cas indirecte et sympathique. Mais revenons.

Il est donc bien reconnu que les *modificateurs irritans*, comme la plupart des autres agens hygiéniques, morbides et thérapeutiques, déterminent sur l'organisme une action propre, particulière, directe, qui les caractérise. Cette action est irritante et très-vive, mais elle est, surtout dans le nitrate d'argent, fugace : légère et superficielle ; la promptitude de cette excitation artificielle intéresse vivement les tissus, et substitue une modification nouvelle à celle qui existait déjà dans les organes; de telle sorte que le danger d'une phlegmasie étant connu, si l'on met en contact du tissu enflammé un agent irritant qui change le mode grave de l'irritation existante, qui empêche ses progrès sur un organe délicat, qui abrége la durée de la maladie, on aura rendu un grand service et au malade et à l'art de guérir par cette substitution avan-

tageuse. C'est ce résultat qu'on cherche à atteindre par la méthode irritante substitutive dans le traitement des ophthalmies aiguës, des urétrites rebelles, des dysenteries ulcéreuses, des angines croupales, etc.

On sait avec quelle ténacité les ophthalmies, en apparence les plus légères, s'établissent dans les yeux, avec quelle intensité elles ulcèrent les parties, avec quelle rapidité elles privent souvent de la vue les malades traités avec le plus de soin. Dans ces cas difficiles l'application bien dirigée des irritans dérange la marche progressive de ces inflammations, et modifie leurs funestes dispositions à ulcérer ou à désorganiser ces organes.

Le traitement par irritation substitutive peut s'appliquer à toutes les espèces d'ophthalmies externes, quelle que soit la nature de leurs causes productrices et les formes qu'elles prennent. La médication topique irritante doit être toujours employée, sauf à administrer en même temps à l'intérieur les remèdes spéciaux propres à combattre la diathèse ou l'infection qui a produit la maladie. Le nitrate d'argent suffit ordinairement dans les ophthalmies pour opérer la médication irritante substitutive, et je n'ai trouvé aucun avantage à le remplacer par le nitrate acide de mercure dans les ophthalmies vénériennes, ni par les iodures dans les ophthalmies dartreuses ou scrofuleuses. Le but de cette médication est de produire une irritation très-vive d'une autre nature, et non pas de guérir la diathèse, que le traitement intérieur combat bien plus sûrement.

Les malades éprouvent d'abord une très-vive douleur, quand on instille dans l'œil enflammé les gouttes de la solution de nitrate d'argent cristalisé, mais ils sont étonnés quelques heures après de ne plus souffrir autant; et ceux qui avaient une photophobie invincible supportent peu à peu la lumière : aussi sont-ils, après cette amélioration instantanée, plus dociles pour recevoir la solution irritante. Quelques médecins ont blâmé cette méthode, comme imprudente et dangereuse; mais qu'ils viennent donc en voir les heureux résultats, et ils seront convaincus, non-seulement de son innocuité, mais de son opportunité dans certaines phlegmasies. W. Mackensie, de Glascow, raconte avoir éprouvé à ce sujet la même opposition : « J'ai souvent

effrayé, dit-il, quelques-uns de mes confrères en appliquant la solution de pierre infernale à la surface de l'œil dans des ophthalmies très-intenses, lorsque la sensation de verre brisé roulant sous la paupière, la rougeur de la conjonctive et la sécrétion des matières purulentes étaient portées au plus haut degré ; et le lendemain je jouissais de leur étonnement lorsqu'ils voyaient que tous ces symptômes étaient considérablement diminués par l'emploi de ce moyen. Jamais, sous l'influence de ce traitement, je n'ai vu survenir d'opacité, ni d'ulcération de la cornée ; et lorsque ces lésions existaient antérieurement, elles cédaient facilement aux lotions stimulantes de pierre infernale, sans laisser de traces. »

La dose de nitrate d'argent à employer dans les ophthalmies est de 1 grain à 2 grains sur une once d'eau distillée. Mackensie allait jusqu'à 4 grains dans la même quantité d'eau. Il vaut mieux se servir du nitrate d'argent cristallisé que de la pierre infernale ou nitrate d'argent fondu, parce que le premier est plus pur et non sophistiqué. On doit conserver cette solution dans un petit flacon bien bouché, en verre noir ou enveloppé de noir, pour être à l'abri de l'air et de la lumière qui la décomposent. On instille dans l'œil, à l'aide d'un pinceau de charpie, quelques gouttes de cette solution en entr'ouvrant les paupières, et on répète cette opération deux ou trois fois par jour, suivant l'impression qu'elle fait au malade.

J'ai appliqué cette méthode d'une manière presque générale à l'Hôpital de la Grave depuis plus d'un an, et j'ai traité par ce moyen au moins 20 à 25 ophthalmies à différens degrés et de diverse nature. Ainsi, que l'ophthalmie fût palpébrale, oculaire, papuleuse, aphtoïde, granulée, ulcérée, purulente, scrofuleuse, dartreuse, vénérienne, j'ai toujours eu à me louer de ce traitement local abortif, qui a préservé beaucoup de malades jeunes ou vieux, ou atteins d'autres infirmités, de perdre la vue par suite d'une longue inflammation. Je ne citerai dans cet article que quelques-unes de ces observations, parce qu'elles se ressemblent beaucoup l'une avec l'autre; elles suffiront d'ailleurs pour donner une idée précise de la méthode irritante substitutive, dont je tâcherai, d'après les publications récentes de plusieurs auteurs, de tracer en peu de mots les règles pratiques.

1.re OBSERVATION.

Dufaur (Bertrand), âgé de 38 ans, atteint d'une affection rhumatismale chronique presque générale, fut pris, dans le courant du mois de Mai, d'une ophthalmie de l'œil droit. Dans les premiers jours ce n'était qu'une simple irritation dont le malade ne se plaignit pas; mais elle ne tarda pas à changer de caractère, et une inflammation des plus aiguës se déclara sur toute la conjonctive oculaire et palpébrale avec boursoufflement et congestion sanguine très-intense. Le malade éprouvait une forte cuisson, la sensation du gravier, une pesanteur à la tête et des douleurs lancinantes qui allaient jusqu'au fond de l'œil. Il ne pouvait supporter le moindre rayon de lumière, et je fus obligé de le placer dans un l. à contre-jour avec un bandeau sur les yeux. L'œil gauche participa bientôt à la maladie du droit, mais à un bien moindre degré et comme par sympathie de deux organes similaires. Le traitement se composa de la diète, du petit-lait, de douze sangsues aux tempes, d'un collyre de mauve et de pédiluves sinapisés. Le lendemain, même état : on renouvelle la même médication. Une ulcération de la cornée transparente ne tarda pas être la suite de cette vive inflammation. Tous les symptômes de photophobie et de douleurs dans l'œil droit surtout avaient augmenté. La médication antiphlogistique étant sans résultat, j'eus recours à la médication irritante, et j'ordonnai des instillations dans les yeux d'une solution de 1 grain de nitrate d'argent cristallisé dans 1 once d'eau distillée, trois fois par jour. Le lendemain, amélioration sensible, les douleurs diminuent, l'horreur de la lumière est moins forte; on peut entr'ouvrir l'œil et cautériser l'ulcère de la cornée. On continue les instillations du nitrate : au bout de peu de jours la maladie avorte ; cinq jours après ce traitement irritant, l'ulcère est cicatrisé, l'ophthalmie a complétement disparu, et le malade est guéri.

2.e OBSERVATION.

Marcel, enfant-trouvé, âgé de 14 ans, étant sorti le 3 Juin d'assez bon matin, pour aller à un enterrement, fut atteint le lendemain d'une irritation très-vive de l'œil droit, qui le força d'entrer à la salle Saint-Vincent. Le 5, toute la membrane muqueuse de l'œil et les paupières présentaient un engorgement

et une injection sanguine considérables; les douleurs étaient très-vives, il ne pouvait supporter la lumière, et il avait la paupière droite très-rouge, fort enflée et convulsivement serrée. Application de dix sangsues, collyre émollient, petit-lait, pédiluve sinapisé. Le lendemain, le malade peut entr'ouvrir la paupière; mais tous les symptômes inflammatoires continuent avec intensité. Emploi de la solution de nitrate d'argent dans l'œil, boissons douces et rafraîchissantes, diminution considérable de l'inflammation. Le 11, les douleurs ont disparu, la lumière ne fait presque pas souffrir le malade, le gonflement de la paupière n'existe plus, l'injection a beaucoup diminué; même traitement par le nitrate d'argent. On aperçoit une légère altération dans la cornée transparente, sur laquelle on passe légèrement la pierre infernale, continuation de la solution de nitrate; l'ulcère disparaît et l'ophthalmie est parfaitement guérie au bout de trois jours de ce traitement irritant, alterné avec des collyres émolliens pour ne pas dépasser le degré d'irritation thérapeutique.

3.e OBSERVATION.

Adolphe, enfant-trouvé, âgé de 8 ans, d'un tempérament scrofuleux, se présente à l'infirmerie le 6 Juillet avec une ophthalmie grave de l'œil gauche. La paupière était énormément gonflée, très-rouge, et ne pouvait être soulevée pour parvenir jusqu'à l'œil. Application de dix sangsues aux tempes, eau de mauve pour collyre, petit-lait. Le 8, la paupière, moins engorgée, nous permet de voir l'œil : la conjonctive oculaire et palpébrale est le siége d'une vive inflammation, sa rougeur est très-vive, l'impression de la lumière insupportable; sensation de verre pilé, douleurs aiguës : injections de nitrate d'argent deux fois par jour, lotions avec un collyre d'eau de plantain et de mucilage de coing une heure après la lotion irritante. Le 9, la rougeur et la douleur ont considérablement diminué. Par ce traitement la maladie faisait de rapides progrès vers la guérison; mais ce malade, se croyant guéri, devint indocile et ne voulut plus des lotions irritantes; des écarts de régime et l'exposition libre de l'œil à la lumière et à l'air ramenèrent l'inflammation; la conjonctive s'injecta légèrement, des douleurs se firent sentir, et le jour fatiguait le malade. Je craignis une complication scrofuleuse qui reproduisait la maladie; je mis encore quelques

sangsues aux tempes, un vésicatoire à la nuque, et on reprit la solution du nitrate d'argent. L'inflammation diminua promptement, une ulcération de la cornée fut cautérisée avec la pierre infernale; et sous l'influence de ce traitement, la maladie a encore avorté le troisième jour de son retour. Il ne resta plus qu'une légère rougeur des bords de la paupière qui a cédé à l'usage de la pommade du Régent. L'enfant est sorti de la salle guéri.

4.e OBSERVATION.

Guillaume Rosier, âgé de 12 ans, d'un tempérament scrofuleux, étant déjà un peu souffrant des yeux, s'exposa à un air vif le lundi 7 Août, et fut atteint d'une ophthalmie très-grave qui le força d'entrer à la salle Saint-Vincent le mardi 8. Les paupières étaient rouges, mais pas engorgées; la conjonctive était comme couverte de sang, boursoufflée, et secrétant une humeur puriforme qui sortait à travers les cils. Les douleurs étaient très-fortes, et le malade avait la tête fortement penchée sur le cou pour éviter la lumière. L'œil fut bien lavé avec de l'eau de mauve, et on commença tout de suite les lotions de nitrate d'argent deux fois par jour; diète et petit-lait. Le 11, après deux jours de ce traitement, le boursoufflement de la conjonctive était nul, les douleurs étaient moindres, la suppuration avait cessé; il n'y avait presque plus d'injection. Continuation du même traitement; amélioration progressive : on pouvait à peine distinguer l'œil malade de l'autre. Tout-à-coup, le 18 Août, la joue du malade devint rouge et tendue, la conjonctive s'injecta, quelques douleurs se montrèrent; je craignis d'avoir poussé trop loin la médication irritante, je prescrivis de l'eau de mauve pour collyre et un vésicatoire à la nuque. Tous ces symptômes inflammatoires se calmèrent autour de l'œil, parce qu'ils provenaient sans doute de ce que la solution de nitrate d'argent coulait plus sur la joue que dans l'œil. Le lendemain je revins aux lotions irritantes, que je fis instiller goutte à goutte en écartant les paupières; et le malade est maintenant guéri au bout de quelques jours de ce traitement.

5.e OBSERVATION.

Catherine, âgée de 60 ans, d'un tempérament sec et bilieux, tracassée par un catarrhe chronique avec asthme, fut prise le 20 Août d'une douleur aux yeux avec larmoiement, et

elle se présenta le 21 à la visite. J'observai que son œil gauche était d'un rouge vif, très-larmoyant, les vaisseaux de la conjonctive très-injectés, les douleurs vives, impatience de supporter le jour le plus faible; l'œil droit ne présentait qu'une irritation concomitante de l'inflammation du gauche et à laquelle je ne prêtai aucune attention. Le même jour elle fut mise aux lotions de nitrate d'argent. Le 22, mieux bien marqué; continuation du remède. Le 24, la douleur, le larmoiement et l'injection ont presque disparu; l'œil est sain. La malade est sortie bien guérie trois jours après.

Je pourrais multiplier les observations dans lesquelles le nitrate d'argent n'a pas été associé aux antiphlogistiques; mais elles ne prouveraient pas mieux que celles que j'ai citées, la sûreté et la promptitude de la guérison des ophthalmies aiguës par ce moyen. Je préfère consacrer la fin de cet article à tracer les conditions et les règles pratiques de la méthode irritante substitutive, suivant les ouvrages de MM. Velpeau et Trousseau, et ma propre expérience. Il est difficile de fixer une marche à suivre dans l'application d'une méthode thérapeutique, parce qu'elle a besoin d'être modifiée d'après la variété des cas : c'est au praticien à savoir s'en servir avec art.

1.° Il faut d'abord connaître la nature du mal, et juger d'avance si la maladie est grave, et si l'organe est trop délicat pour courir les chances d'une vive inflammation. Il ne faudrait pas donner au malade une affection plus forte que celle qu'il a. Au reste, ce n'est pas toujours par l'intensité des symptômes phlegmasiques qu'on peut en juger : une ophthalmie en apparence très-inflammatoire, passera avec quelques sangsues et un collyre émollient, tandis qu'une autre ophthalmie assez modérée dans ses symptômes prendra bientôt l'état purulent et ulcéreux. Dans les phlegmasies oculaires, l'importance et la délicatesse de cet organe doivent presque toujours faire préférer la méthode irritante substitutive à toute autre.

2.° Il est quelques précautions à prendre dans certains cas, qui rendent cette méthode plus sûre et plus prompte, c'est d'enlever d'abord les complications. S'il existait une congestion vers la tête, ou un orgasme sanguin général, une saignée les dissiperait. Des sangsues seraient appliquées si la congestion était dans l'œil. On donnerait le calomel intérieurement à

dose purgative, dans le cas où il y aurait embarras gastrique ou intestinal. Quant aux vésicatoires, aux cautères, aux sétons, ils trouvent plutôt leur place dans les affections chroniques de l'œil, qui tiennent à quelque diathèse dartreuse ou scrofuleuse.

3.° On doit proportionner l'action irritante substitutive à la phlegmasie et à l'organe qui en est le siége, car la force des agens irritans varie et présente des différences notables. Ainsi, une solution de nitrate d'argent de 1 à 2 grains par once d'eau distillée, répétée deux ou trois fois par jour, suffit pour les ophthalmies; il faut la pierre infernale pour cautériser les ulcération de la cornée transparente, la pustule maligne, les boutons de variole; il faut les préparations arsénicales pour les cancers superficiels de la peau.

4.° Le point difficile dans cette médication est de ne point *rester en deçà*, parce qu'alors on ne changerait pas la maladie, ni *aller au-delà*, parce qu'on causerait une inflammation trop grave. Sous ce rapport on doit calculer, par les données d'expérience et d'observation, la force du modificateur, le temps de son application, la répétition qu'on peut en faire, l'état des tissus et du malade. En général, pour que la substitution s'exerce efficacement, il faut renouveler l'action substitutive avant que l'effet de l'application précédente soit entièrement passé; sans cela l'inflammation primitive reviendrait. C'est ce qu'on voit fréquemment dans les ophthalmies, les urétrites, les dysenteries, qu'on traite par des solutions de nitrate d'argent, ou trop faibles, ou pas assez long-temps continuées.

5.° On peut augmenter graduellement la dose des irritans, si cela est nécessaire, pour que les tissus ne s'accoutument pas à cette excitation renouvelée, qui alors ne produirait plus de modification substitutive.

6.° Il faut, non-seulement répéter deux ou trois fois cette action irritante et même plus souvent, mais encore la prolonger pendant quelque temps après, en la diminuant de manière à faire perdre entièrement au tissu l'habitude de la première inflammation.

7.° Indépendamment de l'application des solutions de nitrate d'argent dans les ophthalmies, il est nécessaire de cautériser directement avec la pierre infernale les ulcères de la cornée transparente, la muqueuse oculaire envahie par une phlegmasie

blennorrhagique vénérienne, ou par les boutons de variole.

8.° Les signes pour reconnaître si l'irritation susbtitutive a le dessus sur l'inflammation primitive qu'on veut faire avorter, sont de voir si les symptômes qui ont accompagné l'action des irritans se continuent. Ainsi une excitation différente de celle de la maladie se fait sentir, la photophobie ou l'horreur de la lumière diminue, l'injection disparaît, la sécrétion purulente cesse, les douleurs se calment; le malade se trouve mieux qu'avant.

9°. Si on a dépassé le but en produisant une inflammation substitutive trop forte, la suspension de la médication irritante, et l'emploi des émolliens en collyre et en boisson, suffisent pour dissiper tout cet appareil inflammatoire.

10.° Dans le cas où on aurait reconnu que l'ophthalmie tient à quelque cause interne, comme la syphilis, les scrofules, les dartres, etc., il ne faut pas négliger les médications générales, en même temps qu'on applique la médication irritante substitutive. Ainsi, un traitement intérieur et spécifique dirigé contre l'infection vénérienne et les diathèses scrofuleuse et dartreuse, hâteront les progrès du traitement extérieur et abortif. Il faut, en un mot, modifier la cause interne si elle existe, et prévenir, par la méthode irritante substitutive, la perte d'un organe important et délicat, ou des infirmités dans d'autres appareils qui pourraient durer toute la vie, et même l'abréger.

DE LA SALIVATION MERCURIELLE,

CONSIDÉRÉE COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE,

PAR M. NAUDIN.

Pendant long-temps on a proclamé la salivation mercurielle comme indispensable dans le traitement de la syphilis. Cette dégoûtante évacuation a été considérée comme une crise salutaire propre à amener d'une manière sûre et prompte la guérison des diverses affections produites par ce virus.

Chicogneau démontra l'un des premiers son inutilité, et proposa de substituer à la méthode alors mise en pratique le traitement dit *par extinction*, qui est aujourd'hui généralement

adopté contre les maladies vénériennes simples. Mais lorsque ces maladies sont invétérées et compliquées d'une affection de nature lymphatique, ainsi que dans quelques engorgemens chroniques, le ptyalisme devient indispensable pour les faire résoudre. Les observations qui suivent, et qui sont tirées de ma pratique, le prouvent d'une manière évidente.

I.re OBSERVATION.

M. P ***, l'aîné de onze frères ou sœurs, dont neuf avaient succombé, avant d'avoir atteint la puberté, à une atrophie mésentérique occasionnée par une affection scrofuleuse, avait constamment joui d'une parfaite santé, et atteint l'âge de 21 ans, lorsqu'il fut blessé par une balle à la partie latérale supérieure droite du cou. Le projectile laboura superficiellement les parties molles, passa entre l'os hyoïde et le cartilage cricoïde, et sortit vers le tiers supérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, après avoir lésé ce corps charnu. A la suite de cette blessure, les glandes cervicales se gonflèrent énormément; le malade entra dans un hôpital militaire, où il resta pendant six mois; mais les soins qu'il y reçut n'améliorèrent en rien son état. De retour dans sa famille, il réclama mes soins. La tuméfaction des glandes cervicales du côté de la blessure était encore extrême; la peau qui les recouvrait était enflammée, et présentait six points d'ulcération, dont l'aspect, joint à l'engorgement, me donna la certitude qu'ils étaient produits par une diathèse scrofuleuse. Après avoir essayé pendant long-temps et sans aucun succès les divers fondans et toniques qu'on a préconisés pour ces sortes de maladies, je prescrivis des pillules composées avec le mercure soluble d'Ahnemann, et l'extrait de quinquina, lesquelles déterminèrent vers le douzième jour de leur emploi une abondante salivation. Dès ce moment l'engorgement commença à diminuer, les ulcères se détergèrent et finirent par se cicatriser successivement. J'eus le soin d'entretenir la salivation pendant une quarantaine de jours, afin d'opérer complétement cette résolution remarquable. Depuis cette époque M. P.*** n'a éprouvé d'autres symptômes scrofuleux, que quelques dartres qui se sont manifestées de loin en loin, principalement sur les membres inférieurs,

et que j'ai toujours efficacement combattues par les purgatifs et les amers associés aux sudorifiques exotiques, ainsi que par les eaux minérales sulfureuses des Bagnères-de-Luchon.

2.e OBSERVATION.

Madame N***, âgée de 29 ans, d'un tempérament lymphatique, réclama mes soins dans le mois de Novembre 1825, pour une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui avait son siége dans le creux de l'aisselle gauche. Elle était mobile, assez dure, offrant des inégalités, et dépassait le relief du muscle grand-pectoral, et des grand-dorsal et grand-rond réunis.

Un examen attentif m'apprit que cette tumeur était en partie formée par l'engorgement de plusieurs ganglions lymphatiques, ainsi que du tissu cellulaire qui les entoure. Avant son apparition, qui datait de plus de six mois, il s'était manifesté à diverses époques des furoncles qui furent toujours combattus par des topiques émolliens et résolutifs et par des purgatifs souvent répétés.

L'embonpoint de M.me N***, qui se rapprochait de la bouffissure, son teint blanc légèrement rosé, l'épaississement des lèvres, et l'engorgement des glandes du cou qui s'était manifesté avant la puberté, furent autant de signes qui me prouvèrent que le principe de cette affection était de nature lymphatique. Il est bon de dire que mère de deux enfans, la malade n'avait jamais contracté de maladie syphilitique.

Ayant employé sans succès les diverses préparations d'iode, tant intérieurement qu'en friction sur le point engorgé, le muriate de baryte, le suc d'herbes, les purgatifs souvent répétés, etc., j'eus recours aux frictions mercurielles, qui furent faites chaque soir sur la tumeur et sur la face interne du bras à la dose d'un demi-gros; la malade prenait en outre deux fois par jour une pillule purgative de Belloste de cinq grains. Vers le vingt-cinquième jour de ce nouveau traitement, la salivation commença à se manifester. L'expérience m'ayant appris que cette évacuation avait été salutaire dans des cas à peu près semblables, dans l'intention de la maintenir, j'eus le soin de faire continuer les frictions mercurielles réduites à la dose de vingt grains et répétées seulement chaque deux jours. La salivation fut abondante et toujours accompagnée

d'une très-grande difficulté à opérer la déglutition; elle fut entretenue pendant plus d'un mois. Peu à près qu'elle fut déclarée, la tumeur commença à se ramollir, et la résolution s'opéra d'une manière insensible. Pour la favoriser, j'appliquai vers la fin du traitement un emplâtre fondant saupoudré avec le chlorate d'ammoniaque grossièrement pulvérisé [1]. Je renouvelai trois fois cette même application; et à la fin de ce traitement, il ne resta plus qu'un léger tubercule de la grosseur d'une petite noisette.

J'ai eu occasion de voir M.me N*** depuis sa guérison, et jamais le volume de ce léger reste de la tumeur n'a augmenté, jamais un nouvel engorgement ne s'est déclaré.

3.e OBSERVATION.

Marie Béranger, âgée de 18 ans, douée d'un tempérament lymphatique, réglée depuis deux ans, portait depuis plusieurs années aux parties latérales du cou une traînée de glandes engorgées et indolentes. Avant leur apparition la jeune malade avait tour à tour été atteinte d'engorgemens au nez, aux lèvres, aux articulations radio-carpiennes, et avait été à plusieurs reprises frappée d'ophthalmie. Ces affections diverses cédèrent insensiblement à un régime fortifiant long-temps continué, à des préparations d'iode, et à l'emploi des eaux minérales sulfureuses. L'engorgement des glandes du cou résista seul à ce traitement, ainsi qu'à plusieurs topiques réputés fondans qui furent employés pendant long-temps et qui furent successivement prescrits par divers médecins. C'est après avoir subi tous ces longs et infructueux essais, que Marie Béranger me fit appeler, et n'ayant rien à espérer des remèdes employés déjà, je prescrivis des frictions sur le trajet du chapelet engorgé, faites avec l'onguent mercuriel, dans chaque once duquel je fis incorporer dix grains d'iode. Ces frictions furent répé-

[1] Ce topique, a la propriété de développer une éruption boutonneuse, qui par la grande quantité de matière séreuse qui s'en échappe, favorise la résolution des engorgemens chroniques et indolens.

Dans un autre mémoire je ferai connaître la manière d'employer cet hydrochlorate d'ammoniaque, ainsi que les nombreux avantages qu'on peut en retirer contre les bubons indolens et autres tumeurs de nature lymphatique.

tées chaque soir à la dose d'un scrupule d'onguent sur chaque côté du cou. On recouvrait ensuite les parties avec du taffetas gommé. Je fis en outre prendre trois fois par jour à la malade un grain de calomel incorporé dans une gelée. La dose de ce remède fut augmentée d'un grain chaque quatre jours jusqu'au nombre de six grains pris dans les vingt-quatre heures, dans le but de tenir le ventre libre et de favoriser la salivation. Cette dernière se fit assez long-temps attendre, elle ne se manifesta que le quarante-troisième jour. J'eus le soin, comme dans les cas précédens, de l'entretenir pendant long-temps en faisant seulement continuer les frictions mercurielles à une moindre dose. Quelques jours après que cette évacuation fut établie, les ganglions lymphatiques cervicaux se ramollirent et se dégorgèrent d'une manière insensible, au point que la plupart disparurent à peu près entièrement dans moins d'un mois. La cure de cette maladie fut terminée et consolidée par les eaux minérales d'Ax, et par l'emploi prolongé que fit Marie Bérenger des préparations ferrugineuses.

4.e OBSERVATION.

Une dame, âgée de 45 ans, d'une forte constitution, mère de plusieurs enfans, portait depuis plus d'une année deux tumeurs indolentes, mobiles, assez dures, et d'un volume considérable, dont l'une avait son siége dans l'hypocondre gauche, et l'autre dans la région iliaque du côté opposé. Un examen attentif m'apprit que la première dépendait d'un engorgement de la rate, tandis que l'autre me parut dépendre d'une affection chronique de l'ovaire du côté droit.

Avant l'apparition de ces engorgemens, la malade eut à diverses époques des accès de fièvre intermittente qui furent de longue durée. Tout porte à croire que le premier de ces engorgemens fut produit par ces accès de fièvre, qui ne cédèrent qu'à un emploi long et souvent répété du quinquina. Les heureux effets que j'avais obtenus des préparations mercurielles me déterminèrent à les prescrire dans ce cas. Après huit jours d'usage du calomel, pris à la dose de 2 grains répétés trois fois par jour, la salivation se déclara : elle était si abondante, que la malade remplissait plusieurs cuvettes de salive dans le courant de la journée.

J'eus la satisfaction de voir l'engorgement de la rate diminuer à proportion que l'embonpoint de la malade diminuait aussi. Vers le vingt-cinquième jour, époque à laquelle le ptyalisme cessa, cet engorgement avait entièrement disparu, il n'en restait plus la moindre trace; mais pour ce qui est de la tumeur de la région iliaque, elle demeura toujours stationnaire. Cette maladie étant réputée incurable, nous l'abandonnâmes à la nature.

5.e OBSERVATION.

Le docteur J.-C. Gasc rapporte, dans une note de sa traduction du *Tiphus de Hildenbrand*, une observation entièrement semblable à la précédente. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la salivation, qui s'est déclarée après cinq jours d'un traitement mercuriel, s'est toujours maintenue malgré la cessation de l'emploi du mercure, malgré une foule de moyens qu'on a mis en usage dans l'intention de l'arrêter. En effet, le médecin, loin de connaître les avantages de cette salivation, avait craint qu'elle ne fût nuisible, et avait fait tout son possible pour la combattre : aussi ne sait-il à quoi attribuer la disparition si prompte de l'engorgement qui lui est bien évidemment due. Je reproduis ici cette observation :

« Le nommé Antoine Picard, âgé d'environ 30 ans, se plaignait d'une douleur à l'hypocondre gauche. L'examen me fit découvrir dans cet endroit un engorgement de la rate, et le malade m'apprit qu'il avait eu pendant long-temps la fièvre quarte, dont il était à peine guéri. Le premier jour, le malade prit 3 grains de mercure doux; le lendemain, un purgatif léger; le troisième jour, 3 grains de mercure doux, et frictions sur l'hypocondre gauche avec 1 drachme d'onguent mercuriel; le quatrième jour, nouvelle friction comme la veille, sans mercure intérieurement; le cinquième, salivation abondante, favorisée sans doute par une disposition scorbutique du malade; les sixième, septième et huitième jours, cessation de tout remède mercuriel : salivation continuelle; le neuvième jour et les suivans, usage de gargarismes avec le laudanum, des préparations opiacées et sulfureuses, des lavemens, des purgatifs répétés, de la diète, etc., sans succès marqué. La salivation a duré quinze jours, et ne s'est dissipée en quelque sorte que d'elle-même, c'est-à-dire après la cessation de tout moyen, et par un régime

sévère. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la douleur et l'engorgement de la rate ont disparu, et le malade est sorti de l'hôpital, quinze jours après, parfaitement rétabli. [1] »

6.e OBSERVATION.

Parmi le grand nombre d'engorgemens chroniques des testicules que j'ai eu occasion de traiter pendant une pratique de vingt-cinq ans, je rapporterai un fait remarquable par la manière dont la maladie s'est développée et par sa prompte résolution.

Il a pour sujet un ecclésiastique âgé de 28 ans, d'une forte complexion, qui n'avait jamais éprouvé d'autre maladie qu'une hernie inguinale du côté gauche, qu'il maintenait facilement à l'aide d'un bandage élastique. Environ quinze mois après l'apparition de la hernie, M. L*** s'aperçut que le testicule gauche était plus gros que le droit. Cette différence devint plus grande insensiblement, sans aucune cause connue et sans faire éprouver de douleur. Quatre mois après l'apparition de l'engorgement, le testicule avait 35 centimètres de pourtour dans son grand diamètre; il était dur, assez égal, de forme ovoïde, à peu près insensible à la pression, et ne causait d'autre incommodité que celle de son poids et de son volume; l'épididyme et le cordon testiculaire étaient dans leur état normal; la pression de la pelotte du bandage sur l'orifice externe du canal inguinal n'avait jamais gêné le malade. On conçoit d'après ce court exposé, qu'il était difficile de découvrir la véritable nature de cette maladie qui faisait des progrès continuels.

Malgré l'absence des symptômes inflammatoires, je commençai le traitement par quelques émissions sanguines générales et locales. Le testicule fut recouvert d'un cataplasme émollient renouvelé chaque jour et soutenu par un suspensoir. Le malade garda une position horizontale, et fut soumis à une diète sévère : son âge peu avancé, sa constitution robuste me déterminèrent à débuter par ce genre de médication, qui fut continué pendant 35 jours, et qui, s'il ne contribua pas à la

[1] *Du Tiphus de Hildenbrand*, traduit par J.-C. Gasc, édit. de 1811, pag. 225, note.

guérison, commença du moins par arrêter la marche de l'engorgement.

Le malade fut ensuite soumis aux frictions mercurielles faites au plat des cuisses et sur le scrotum, qui fut couvert d'un emplâtre de *Vigo cum mercurio*, qu'on levait chaque soir pour faire la friction. Il prenait, en outre, matin et soir, une *pillule bleue* de quatre grains ; ce traitement fut poussé jusqu'à la salivation, qui survint le douzième jour. Dès-lors je vis, comme dans le cas de l'engorgement de la rate, le testicule diminuer avec l'embonpoint. On continua de faire les frictions un jour entre autre, et la résolution fut si forte et si rapide, que le cinquantième jour du traitement mercuriel le testicule malade était non-seulement revenu à son volume normal, mais encore se trouvait plus petit qu'il ne l'était avant l'invasion de la maladie; et certes la cure fut radicale, car cet ecclésiastique est aujourd'hui arrivé à la quarantième année de son âge, sans avoir jamais plus rien ressenti.

J'ai observé quelquefois cette atrophie, occasionnée par l'absorption d'une partie des élémens qui constituent le testicule à la suite de l'inflammation de cet organe, vulgairement appelée *chaude pisse tombée dans les bourses*, qui, étant passée à l'état chronique, avait réclamé l'emploi du mercure. Aussi ne saurait-on être trop réservé pour l'emploi des mercuriaux dans ces sortes de maladies.

7.e OBSERVATION.

Dans sa *Nosographie chirurgicale et thérapeutique*, tom. IV, en traitant du sarcocèle, le professeur Richerand rapporte plusieurs faits qui viennent tous à l'appui de ce que j'ai avancé d'avantageux concernant la salivation mercurielle. En montrant que « *le mercure est un de nos fondans les plus énergiques*, il établit le précepte que l'on ne doit jamais opérer le sarcocèle » tant que la tumeur est indolente, sans en avoir tenté la résolution par un traitement mercuriel poussé jusqu'à la salivation. » Je ne citerai ici que la première observation qui m'a paru la plus concluante et la mieux détaillée; elle est du reste assez analogue à celle que je viens de rapporter précédemment. En voici le résumé :

« M. F***, âgé de 40 ans, d'une taille colossale, jouissant d'un

grand embonpoint, avait vu, après trois mois de mariage, ses testicules gonflés sans douleur et sans inflammation, revenir à leur premier volume par le repos, l'application des émolliens, le lit et l'usage d'un suspensoir. Au bout d'un mois la tuméfaction se manifesta de nouveau; la dureté et le volume des testicules étaient cette fois-ci plus grands : aussi M. Dubois et moi pensions que l'amputation deviendrait indispensable. Cependant l'absence complète des douleurs, la non dégénérescence cancéreuse, que tout semblait prouver, firent que je ne perdis pas tout-à-fait l'espoir de faire résoudre la tumeur : l'embonpoint de l'individu permettait d'attribuer le gonflement des testicules à une sorte de pléthore lymphatique; et une double castration n'était guère proposable. Les frictions mercurielles, l'emploi des pillules de Belloste, l'application de cataplasmes faits avec la mie de pain cuite dans une décoction de sureau, et renouvelée plusieurs fois par jour, furent ordonnés. Bientôt le malade fut pris de la salivation la plus copieuse, je ne fis rien pour l'arrêter; elle dura un mois entier, pendant lequel plus de quatre-vingts pintes de salive furent excrétées; il en rendait chaque jour plusieurs cuvettes. A mesure que l'amaigrissement général faisait des progrès, je vis avec satisfaction la grosseur des deux testicules diminuer graduellement : enfin, au bout de deux mois de traitement, leur volume ne s'éloignait guère de celui qu'ils avaient avant la maladie; leur dureté squirrheuse avait disparu, et depuis plus de quinze années tout prouve que la guérison est radicale. [1] »

Tels sont les avantages que j'ai retirés de la salivation mercurielle contre quelques engorgemens chroniques qui avaient résisté aux divers fondans préconisés par les anciens et par les modernes. Mais il en est de ce moyen thérapeutique comme de tant d'autres : ses effets sont loin d'être constans, ma pratique me l'a souvent prouvé. J'ai vu le mercure poussé jusqu'à la salivation être sans effet chez plusieurs malades atteins d'engorgemens assez semblables à ceux que je viens de rapporter : je me fais un devoir de le proclamer. Si tous les auteurs qui ont fait connaître les résultats de leur pratique avaient agi ainsi, s'ils avaient signalé les insuccès en

[1] Voyez cinquième édit., tom. IV, pag. 419.

même temps que les avantages des moyens qu'ils ont employés, les livres de la science ne renfermeraient pas tant de formules de remèdes prétendus infaillibles, et le jeune médecin serait dispensé de faire de longs et pénibles essais, avant d'avoir acquis des idées arrêtées en médecine pratique, essais qui tournent trop souvent au détriment du malade.

Les observations que je viens de rapporter démontrent les bons résultats que l'on peut obtenir de l'emploi du mercure, surtout dans les affections qui offrent un caractère lymphatique; j'aurais pu en ajouter plusieurs autres, mais je me suis borné aux plus remarquables qui sont bien suffisantes. Du reste, sur ce sujet mon expérience est conforme à celle de plusieurs médecins Français, Allemands et Anglais; les bornes de ce journal me privent de citer les faits les plus concluans consignés dans leurs divers écrits; qu'il me soit permis seulement de rappeler les observations dus célèbre Dubois. Cet habile praticien a consigné dans *l'Annuaire Médico-Chirurgical des Hôpitaux*, trois cas de malades guéris par le même moyen, le mercure; le premier de ces malades était atteint d'un engorgement indolent des glandes inguinales des deux côtés; le second portait des pustules très-anciennes, enfin le dernier avait des ulcères rongeurs et d'un très-mauvais aspect au gland, et au prépuce. Il disait dans ses cours avoir triomphé par le même traitement de plusieurs engorgemens de la lèvre supérieure.

Mais avant de se déterminer à mettre en usage cette méthode trop négligée, avant d'exposer le malade à tous les désagrémens de la salivation, le praticien doit d'abord s'assurer que l'organe malade n'est que dans un état d'engorgement ou d'induration. Les divers fondans que l'art possède sont inutiles et souvent mêmes dangereux, lorsque les tissus malades se sont transformés en tissus accidentels hétérologues. Le médecin doit se borner alors, si les maladies ou les affections présentant ce caractère se trouvent au-dessus des ressources de la chirurgie, à prescrire un traitement palliatif.

CANCER ULCÉRÉ DE LA LÈVRE INFÉRIEURE;

Formation d'une nouvelle lèvre par la méthode génoplastique.

(CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU SAINT-JACQUES.)

OBSERVATION DE M. DIEULAFOY,

RECUEILLIE PAR M. LAFORGUE, ÉLÈVE INTERNE DE CET HOPITAL.

Le nommé Baron, d'une constitution robuste, était atteint à l'époque où il se présenta à l'Hôtel-Dieu, d'un ulcère cancéreux qui, occupant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, entièrement désorganisée, s'étendait par des végétations sur les joues et le menton, et menaçait d'envahir les parties saines environnantes.

Cette affection cancéreuse avait commencé d'une manière si bénigne, qu'elle fut long-temps inaperçue. Vers le commencement de l'année 1836, la lèvre inférieure devint le siége d'un bouton, qui, après avoir resté quelque temps stationnaire, fut remplacé par une dureté et une ulcération de peu d'étendue. Excitée par des applications locales intempestives, cette ulcération fit des progrès, s'étendit sur le bord libre de la lèvre, qui fut bientôt elle-même envahie. A cette époque le malade conçut quelques craintes, et alla consulter un médecin, qui lui déclara qu'il était atteint d'un cancer, et lui promit une guérison radicale et prompte au moyen de remèdes dont il fit lui-même l'application. De ce moment datent les progrès rapides de la maladie: l'ulcération gagna toute l'épaisseur et l'étendue de la lèvre, et dans peu de temps l'affection eut atteint le degré de gravité où nous l'avons vue à l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, le 22 Avril 1837.

La lèvre inférieure est entièrement désorganisée, et presque détruite. Elle est remplacée par un ulcère sordide occupant transversalement toute la largeur de la lèvre d'une commissure à l'autre, et s'étendant par des végétations sur la joue droite et le menton. Le malade est décidé à subir l'opération.

Mode opératoire. — Le 24 Avril, le malade étant assis et maintenu par des aides, deux incisions verticales sont pratiquées latéralement sur les limites de l'ulcération. L'incision gauche pratiquée au-devant de la commissure gauche qui est intacte, est prolongée verticalement jusques à une ligne au-dessus de

la base de la mâchoire : l'incision droite partant de la commissure droite qui est enlevée, circonscrit l'ulcère qui se prolonge de ce côté jusqu'au niveau de la première incision ; enfin une troisième incision horizontale (transversale) les réunit environ une ligne au-dessus de la base de la mâchoire. Alors la partie malade circonscrite est enlevée ; la face antérieure de l'os est à découvert : il est parfaitement sain. Toutes les parties cancéreuses étant enlevées, l'opérateur procède à la formation de la nouvelle lèvre au moyen de la peau du cou, qui paraît assez extensible.

Voulant mettre à profit l'élasticité de la peau des joues, pour recouvrir une portion de l'os dénudé, M. Dieulafoy pratique deux incisions transversales sur ces organes, et dans la direction de la base de la mâchoire, jusqu'au bord antérieur du masseter; les parties molles des joues sont détachées des adhérences qui les unissent au corps de la mâchoire : de cette manière elles peuvent céder et se rapprocher de la ligne médiane. Il ne reste plus qu'à recouvrir la partie moyenne de l'os par un lambeau inférieur qui formera la lèvre.

A cet effet deux incisions longitudinales sont pratiquées au-dessous du menton et le long du cou, de manière à circonscrire un lambeau médian dont la largeur égale la partie qui doit être recouverte. Ce lambeau est disséqué avec soin et séparé des adhérences qui l'assujettissent à la base de la mâchoire et aux parties molles de la région sous-maxillaire moyenne. Les artères qui sont ouvertes pendant la dissection, sont tordues immédiatement. On continue à disséquer la peau en conservant autant de tissu cellulaire que possible, jusqu'à ce que le lambeau puisse atteindre au niveau des dents. Cette condition obtenue, il s'agit d'assujettir le lambeau au niveau des dents. Des épingles placées avec soin, et la suture entortillée, maintiennent d'une manière parfaite les lambeaux. Après la réunion, il n'existe presque pas de difformité. La partie est recouverte d'un plumasseau, le bandage du bec de lièvre est appliqué. Dans la journée il n'y a pas eu d'hémorragie ; le lendemain le bandage est relâché.

Le 26 Avril, l'appareil est enlevé, l'incision gauche est réunie par première intention. Deux épingles qui tiraillaient les parties sont retirées. Pansement : même bandage. Le malade a un peu de fièvre : diète, limonade.

Le 27 Avril, les épingles sont retirées, la cicatrice est formée dans plusieurs points. L'incision droite suppure; le lambeau médian est un peu descendu. Le lendemain la suppuration est assez abondante, et séjourne entre le lambeau soulevé et la face externe de l'os. Il s'est formé un abcès à la base de la mâchoire, qui se vide par la compression. — Deux pansemens par jour, injections détersives, bandages compressifs. La fièvre traumatique a cessé : riz, tisane.

Le 2 Mai, la suppuration s'écoule facilement, il n'y a presque plus de séjour; le lambeau est en partie recollé : injections détersives. L'état général du malade est très-bon, point de fièvre : quart-riz.

Le 6 Mai, la suppuration a cessé depuis quelques jours, la réunion est complète, les cicatrices sont solides; le lambeau médian qui a pris de la vitalité est descendu d'une ligne; il n'existe pas de difformité sensible. La nouvelle lèvre est tellement réunie à la peau des joues, que l'endroit de la réunion est imperceptible et linéaire. Le malade jouit d'une parfaite santé; le changement qui s'est opéré dans sa figure à la suite de l'opération est vraiment étonnant : une peau saine formant si bien la lèvre inférieure, qu'il est impossible de reconnaître le point de réunion, a remplacé un ulcère d'un aspect dégoûtant, qui aurait infailliblement devoré toute l'étendue de la face, si l'opération n'avait arrêté sa marche et restauré la perte de substance que l'on avait été obligé de faire pour former un organe nouveau, sans détruire en rien la régularité des organes environnans, et en rétablissant au contraire les formes primitives.

Le malade entièrement rétabli, est sorti de l'Hôtel-Dieu le 12 Mai 1837, après vingt jours de séjour dans l'établissement.

OPÉRATION DE LA TAILLE SUR UNE JEUNE FILLE,

PAR M. DIEULAFOY.

La nommée Marie Carrière, âgée de 16 ans; vint me consulter le 10 Mars 1835 : elle se plaignait de douleurs et de fréquence dans les urines; elle ne pouvait pas dormir, étant obligée de se lever dix fois par heure pour uriner. Sa santé

était altérée, elle maigrissait, et éprouvait un sentiment de pesanteur, comme si quelque corps étranger allait s'échapper de son bassin ; elle ne rendait qu'une cuillerée d'urine à la fois. Depuis sept ans que Marie avait commencé à souffrir, son mal avait été en augmentant. Elle avait consulté plusieurs médecins, qui l'avaient soumise à un traitement antiphlogistique qui ne diminuait en rien ses douleurs. D'après ce récit, je pensai que cette personne pouvait porter une pierre. Je la sondai, et je trouvai, à 4 lignes du méat, une pierre fortement engagée dans le canal. La vessie était remplie d'urine. J'engageai avec beaucoup de peine la sonde entre la pierre et le canal, je vidai complétement la vessie, et cette jeune fille fut soulagée.

De l'examen que je fis, il résultait que la pierre était très-volumineuse, qu'elle était fortement engagée sous la symphise et entre les branches de l'ischion; elle faisait une très-grande saillie dans le vagin. L'opération fut résolue pour le lendemain matin.

Le manuel à employer était facile : il devait suffire d'inciser latéralement le canal, et de tâcher d'entraîner le calcul au moyen de pinces.

Le 12, je me rendis chez la malade avec les docteurs Viguerie, Vignes et de Quatrefages. Celle-ci, mise sur le lit et attachée, j'introduisis une sonde cannelée pour diriger le bistouri. La sonde parvint sans difficulté dans la vessie, et là seulement elle rencontra la pierre. Le calcul, ébranlé par les tentatives de la veille, et favorisé par la position de la jeune fille, était tombé dans la vessie. Sur la sonde cannelée j'introduisis le bistouri, j'incisai le canal à gauche le long de l'ischion, en ménageant le vagin, j'introduisis les tenettes. La pierre fut saisie, et l'extraction en fut difficile et douloureuse. Le calcul était très-gros et légèrement ovale : sa grande circonférence était de 5 pouces et demi, et de quatre pouces 6 lignes dans sa petite.

Cette jeune fille n'a pas eu un moment de fièvre. Il était à craindre qu'une incontinence d'urine n'en fût la suite, mais huit jours après elle fut entièrement rétablie et reprit ses occupations ordinaires.

CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE TOULOUSE pendant le mois de Juillet 1837.

PAR M. D. BERNARD.

Sous le rapport météorologique, le mois de Juillet a été à peu près en tout semblable au mois de Juin. Nous noterons seulement, comme phénomène différentiel, les variations du baromètre, qui ont été plus prononcées pendant le mois qui nous occupe, qu'elles ne l'avaient été le mois précédent. En effet, la colonne de mercure, qui n'avait varié que de 75 c 10 m à 76 c, est descendue ce mois-ci à 74 c 75 m, et est montée à 76 c 15 m. Quoi qu'il en soit de ces brusques variations de la pesanteur de l'air, et quoiqu'il nous soit jusqu'à présent impossible de déterminer leur manière d'agir sur l'économie, nous ne laisserons pas que d'en tenir compte, afin de voir plus tard, et en comparant les variations mensuelles de l'année, si ces changemens de pression ont quelque rapport avec les phénomènes morbides qui se seront présentés en même temps qu'elle.

Parmi les maladies qui ont dominé la constitution médicale du mois de Juillet, nous devons placer au premier rang les fièvres intermittentes, car il est peu de nos confrères, quelle que soit l'étendue de leur pratique, qui ne nous en aient signalé un plus ou moins grand nombre de cas. Véritable Protée, ce genre de pyrexies nous est apparu sous toutes ses formes, sous tous ses types ; cependant, les fièvres intermittentes tierces ont été le plus généralement observées, et ont cédé avec assez de facilité aux différens moyens employés pour les combattre. Le sulfate de quinine a rarement échoué ; les évacuans leur ont été opposés, nous devons le dire, avec beaucoup plus d'efficacité que pendant les autres mois de l'année. Quoique ces deux genres de traitemens aient assuré d'heureux résultats, on peut établir en thèse générale que toutes les médications ont été utiles.

Les fièvres quartes, peu nombreuses d'ailleurs, se sont montrées rebelles contrairement à cet axiome d'Hippocrate : *quartanæ æstivæ plerumque fiunt breves*, etc.

Quelques praticiens ont signalé des subintrantes que le sulfate de quinine a guéries en peu de temps.

Les fièvres pernicieuses se sont montrées en plus grand nombre que le mois précédent; les phénomènes encéphaliques, gastriques et intestinaux, ont dans la plupart des cas prédominé, et malgré le traitement le plus méthodique, quelques malades ont succombé. Ce serait ici le lieu de rechercher la cause déterminante ou spécifique d'une maladie qui paraît tendre à devenir endémique dans notre cité; mais les bornes de ce compte-rendu sont trop restreintes, pour nous permettre un semblable examen, lorsque surtout aucune donnée évidente ne se montre à nous pour nous guider dans cette investigation.

Les affections du tube intestinal, très-peu nombreuses dans le mois de Juin, ont pris peu à peu de l'accroissement, mais sans constituer toutefois des maladies *réglées*. On a observé un grand nombre de vomissemens, de coliques plus ou moins violentes, de diarrhées, peu de dysenteries. Les délayans, les antiphlogistiques locaux, le régime, les minoratifs : tels sont les moyens qu'on a mis en usage contre ces différentes lésions.

Quelques apoplexies plus ou moins foudroyantes, des ophthalmies, quelques péripneumonies, des angines, des bronchites, des coqueluches, se sont montrées dans le courant du mois, mais sans offrir dans leur marche ou leur traitement aucune particularité digne d'être remarquée.

Les maladies éruptives ont été nombreuses; des scarlatines, des rougeoles, quelques pemphygus, beaucoup d'éruptions anomales, plusieurs cas d'érysipèle à la face, une fièvre érysipélateuse compliquée d'accidens gastriques et terminée par desquammation: telles sont les affections cutanées qui ont fixé l'attention de tous nos praticiens. Cependant, quoique nombreuses, ces phlegmasies n'ont offert aucun caractère épidémique, différant en cela de la varioloïde et de la petite-vérole, qui ont régné et qui règnent encore épidémiquement dans Toulouse et la banlieue. La petite-vérole à commencé à sévir dans le quartier des Pénitens-Noirs[1], où elle a fait quelques victimes; de là, elle s'est propagée, mais avec moins d'intensité, aux autres parties de la ville. La diarrhée a souvent compliqué la maladie, et c'est à la gravité de ce symptôme que doivent être atribués

[1] Ce quartier est habité par un grand nombre d'ouvriers entassés dans des maisons en général humides et mal aérées.

les revers qui ont été signalés. La varioloïde a pris en même temps une extension remarquable : des familles entières en ont été atteintes, soit que les sujets aient été ou non vaccinés; son intensité a quelque fois été telle, que certains praticiens ont cru reconnaître sur des enfans vaccinés tous les caractères de la variole. Il faut l'avouer, dans quelques cas les prodrômes de la maladie ont été si intenses, la *confluence* a été si marquée, qu'il était facile de s'y tromper, lorsqu'on portait un diagnostic prématuré, qu'une prompte dessiccation et que le peu de durée de la maladie ne tardait pas à démentir. La méthode expectante, la diète, les boissons légèrement diaphorétiques, les épiphénomènes sagement combattus par des moyens appropriés et plus ou moins énergiques, ont jusqu'à ce jour maîtrisé l'épidémie et sauvé la pluralité des malades.

Tableau météorologique du mois de Juillet 1837.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. E.	O. N. O	S. O.	
75 c 16 m	74 c 75 m	26 o 1/2 R.	10 o R.	6 j.	17 j.	8 j.	5 j. et 4 j. d'orage.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi du Charbon dans le traitement du Choléra.

On lit dans un des derniers numéros d'un journal de Marseille, le *Sémaphore*, que M. le docteur A. Gay ayant remarqué que le choléra ne sévissait pas contre des charbonniers, avait été conduit à administrer la poudre de charbon de bois dans toutes les périodes de cette désastreuse affection, et qu'il en avait obtenu des effets admirables. Dans cette théorie, le choléra serait dû à une infection, et le charbon employé comme puissant moyen de désinfection. Plusieurs médecins de Marseille, convoqués pour vérifier les résultats obtenus par cette méthode, ont pu en constater toute l'efficacité.

Déjà en Avril 1832 [1], M. Biett, préoccupé de l'idée d'une cause miasmatique dans la production du choléra, avait pensé que la poudre

[1] *Gazette Médicale*, pag. 162, année 1832.

de charbon de bois pourrait être employée avec avantage. Ses espérances se réalisèrent jusqu'à un certain point, car sur dix-neuf malades soumis à ce traitement il n'y eut que quatre morts. Ces expériences étaient faites pendant la période d'accroissement du choléra. Le charbon était administré à la dose d'un demi-gros par heure, pendant les douze premières heures; puis on augmentait les intervalles ou on les cessait, surtout si l'épigastre devenait un peu douloureux; le charbon avait peu d'influence sur les vomissemens et sur les crampes, mais il agissait d'une manière bien marquée sur les selles, qui reprenaient bientôt une teinte verdâtre due au rétablissement des sécrétions bilieuses, signe noté comme un des plus favorables. Bientôt après, la sécrétion des urines rétablie annonçait la convalescence. A cette même époque on fit les remarques suivantes :

Dans deux fabriques importantes de charbon minéral, près de Paris, aucun des fabricans, directeurs, contre-maîtres et ouvriers, exposés à la poussière de cette substance, ne fut gravement atteint du choléra.

Le choléra a eu très-peu d'intensité dans les villes de la Grande-Bretagne, de la Hollande et de la Belgique, où la fumée de houille, condensée par des brouillards, entretient constamment du carbone disséminé dans l'atmosphère.

Si de nouveaux résultats avantageux venaient confirmer celui des expériences faites en 1832 et de celles annoncées par le journal de Marseille, nous pourrions enfin espérer d'avoir rencontré presque un spécifique contre cette cruelle maladie, qui jusqu'à présent s'est jouée de tout, et a fait de si cruels ravages. Dans tous les cas le remède est à la portée de toutes les conditions, et surtout d'une grande innocuité, car des proportions considérables de poudre de charbon sont journellement introduites dans l'estomac et les organes extérieurs de la respiration des ouvriers qui travaillent soit dans les fabriques, soit au transport du charbon, sans qu'il en soit jamais résulté aucune affection spéciale, aucune indisposition.

M. Gay administre le charbon en poudre, en lavemens et en boissons : 40 gros dans 2 livres d'eau pour les premiers, et 2 gros dans un verre d'eau.

F. M.

De l'emploi de la Racine de Cahinça dans le traitement de l'Hydropisie.

Aucun médicament nouveau n'a soutenu mieux peut-être la réputation qu'on lui avait faite, que la racine de cahinça. Depuis l'importation de ce remède en Europe, il y a à peine quelques années, beaucoup de praticiens en ont fait usage, et tous ont eu à s'en louer. Combien peu de médicamens sont aussi heureusement partagés ! C'est principalement

dans les hydropisies, et surtout dans les hydropisies essentielles ou qui ne sont pas entretenues par une cause matérielle, que cette précieuse écorce déploie tous ses avantages. Dans les hydropisies symptômatiques elles-mêmes, son intervention n'est pas inutile, car elle évacue presque toujours les collections séreuses ; et quoique ces collections se reproduisent tant qu'on ne parvient pas à en détruire les causes, l'usage du cahinça n'en est pas moins utile contre les effets, souvent dangereux, et toujours pénibles de la pression mécanique ou de la distension des tissus occasionnées par ces collections. Les succès du cahinça dans toutes les espèces d'hydropisies sont mis hors de doute, grâce à la constance de ses résultats.

Les indications de l'emploi de cette racine sont très-variées ; ses contre-indications, au contraire, sont renfermées dans des limites très-resserrées. En général on doit y recourir, soit que l'hydropisie soit générale ou partielle, soit qu'elle soit aiguë ou chronique ; cependant son efficacité n'est jamais plus grande que lorsque l'affection prend la forme d'anasarque, et qu'elle est passée à l'état chronique. Les hydropisies enkistées ne sont pas une contre-indication formelle ; plusieurs fois le cahinça a débarassé des poches hermétiquement fermées des collections anciennes, sans qu'on puisse se rendre compte des voies par lesquelles elles se sont frayé une issue. Cependant, toutes choses égales, ces sortes d'hydropisies se prêtent plus difficilement à l'action curative de cette écorce, et sous ce rapport le cahinça se trouve dans la même condition défavorable que tous les hydragogues connus. Lorsque l'hydropisie est chronique, il n'y a jamais de raison plausible pour se dispenser d'employer cette racine, et l'on peut dire d'elle ce que Stoll disait de son temps de la racine d'*arnica montana* dans les cas de diarrhée rebelle : qu'il ne croyait jamais avoir tout fait pour la cure de ces maladies, tant qu'il ne les avait pas soumises à l'action de cet agent. Dans les hydropisies aiguës, telles que celles qui succèdent quelquefois si brusquement aux fièvres éruptives, et notamment à la scarlatine, et dans lesquelles le mouvement fébrile n'est pas éteint, il y a quelques précautions à prendre avant de recourir au cahinça : ces précautions, faciles à comprendre, ont pour objet de réprimer l'ardeur fébrile, à l'aide des délayants et même des antiphlogistiques. C'est après avoir calmé l'impétuosité du mouvement circulatoire, que la racine de cahinça peut être employée avec succès. Les contre-indications à son usage naissent encore de la présence d'une irritation inflammatoire de l'estomac et des intestins : le cahinça irrite toujours à quelques degrés les voies gastriques ; il importe par conséquent de calmer au préalable les phlogoses avant d'administrer le cahinça.

Il existe une foule de moyens de faire parvenir cette substance dans l'économie : on peut l'ordonner en décoction, à la dose de un à deux gros par pinte de véhicule ; ou bien en poudre, depuis quarante ou

cinquante grains jusqu'à deux gros ; elle s'administre également sous forme d'extrait aqueux de douze à vingt-quatre grains ; enfin on peut donner l'acide cahinçique à dix ou douze grains. Toutes ces formes ont un avantage relatif aux besoins particuliers du malade.

M. le professeur Fouquier fait prendre ce remède incorporé avec des substances étrangères, telles que le miel, la conserve de roses, ou toute autre matière, qui sert, suivant les cas, de correctif ou d'auxiliaire à l'action du principe médicamenteux. Ce qu'on ne doit pas perdre de vue, c'est que l'agent actif de cette écorce est dû à un principe amer qui ne se dissout presque pas dans l'eau froide ni dans l'éther ; mais qui se dissout très-bien dans l'alcool, surtout à chaud. Les doses médicinales de la racine de cahinça sont, en décoction, un à deux gros par pinte de liquide, et depuis demi-gros jusqu'à deux gros en poudre ou en électuaire. On fait prendre cette quantité dans les vingt-quatre heures pendant sept à huit jours, après quoi on augmente de demi-gros en demi-gros par jour jusqu'à deux gros. Au surplus, il ne paraît pas que cette substance offre rien de délétère, car, chez un malade cité par M. François, qui avait pris par erreur cinquante-deux grains de son extrait, ce qui présente à peu près quatre ou cinq gros de poudre, il ne survint qu'une superpurgation qui dura deux jours. On conçoit néanmoins qu'une superpurgation n'est pas toujours une chose indifférente, ce qui doit engager le praticien à surveiller les doses de ce remède, et à bien graduer ses proportions.

De l'emploi de l'Onguent mercuriel en oction dans les Phlegmasies externes.

M. Gueneau de Mussy rend compte d'un mémoire de M. Serre d'Uzès, sur le traitement abortif de l'inflammation par le mercure.

Exclusivement réservé contre la maladie syphilitique, le mercure était sévèrement interdit dans le traitement des phlegmasies. La défense allait si loin, qu'elle s'étendait même aux cas d'infection, pour peu qu'il y eût d'irritation ; ce qui revient à dire qu'on sacrifiait les propriétés spéciales du mercure à ses propriétés générales.

En quelques années, la thérapeutique a singulièrement étendu les indications du mercure. Après en avoir constaté l'utilité contre les maladies dites virulentes, telles que dartres, varioles, vaccines, etc., elle le préconisa contre certaines inflammations, entre autres contre l'iritis, la péritonite, etc., et le donna comme un des plus puissans antiphlogistiques.

Enfin, M. Serre d'Uzès joint son autorité à celle de Hunter, de Delpech, de M. Velpeau, et propose le mercure contre l'érysipèle, le phlegmon, la phlébite, l'anthrax, la pustule maligne, et généralement contre

toutes les inflammations externes, soit spontanées, soit traumatiques. Ses expériences ont commencé en 1826 ; il y a par conséquent onze ans, et le résultat n'a pas varié. Le mercure produit dans les phlegmasies des effets aussi heureux qu'ils sont prompts ; et ils sont si prompts, qu'ils ne permettent pas à la maladie de marcher. En vingt-quatre ou quarante-huit heures l'inflammation s'arrête, elle avorte. La saignée, quand elle réussit, n'agit pas plus promptement. Lorsque la maladie n'a pas cédé au bout de ce temps, il y a tout lieu de croire qu'un autre moyen n'aurait pas mieux fait, et l'on peut s'attendre à la suppuration ou à toute autre terminaison destructive. En sorte que, pour nous servir des expressions de l'auteur, le mercure devient une pierre de touche précieuse pour le praticien, intéressé de savoir à l'avance si telle phlegmasie se résoudra, ou si elle suivra inévitablement sa marche jusqu'à la désorganisation ; donnée des plus utiles, en ce qu'elle peut faire prévenir les funestes conséquences de ces vastes fusions de pus qui compromettent si souvent la vie des malades.

On a employé presque indifféremment l'onguent mercuriel simple et l'onguent mercuriel double ; cependant il y a une grande différence entre l'un et l'autre.

Le premier est infidèle ; ce n'est pas de celui-là dont nous parlons. Le second, c'est-à-dire, l'onguent mercuriel double, est le seul qui possède les qualités que nous lui donnons, le seul par conséquent qui justifie la réputation que nous cherchons à lui faire. Il doit être d'un gris foncé, très-chargé de mercure. Frotté sur la main, s'il présente un aspect terne, il est bon ; il ne l'est pas, s'il présente un aspect brillant. En été, on le rend moins coulant en ajoutant du suif. En hiver, il n'y faut pas toucher.

La dose sera proportionnée à l'intensité de l'inflammation, c'est-à-dire que, plus l'inflammation est grave, plus on usera de mercure, et réciproquement. C'est, comme on voit, l'inverse de ce que l'on fait ordinairement. Dans tous les cas, on recouvre d'abord toute la partie malade, et au-delà, d'onguent mercuriel ; puis on exerce avec la main de douces frictions pendant huit ou dix minutes, à moins toutefois que la douleur ne rende cette manœuvre insupportable au malade. Hors ce cas, elle est fort utile pour favoriser l'absorption du mercure. Cela fait, on recouvre la partie d'un linge sec, et on renouvelle les frictions toutes les deux heures, et même plus souvent si la surface est peu étendue ; car alors la salivation n'est nullement à craindre.

Au reste, cet accident, dont on veut faire un épouvantail, est excessivement rare. M. Serres ne l'a jamais vu survenir chez ses malades. En serait-il du mercure à haute dose, comme de l'émétique à haute dose ? Quoiqu'il en soit de cette réflexion, M. Serre s'est convaincu que l'effet antiphlogistique du mercure précède constamment la salivation. Deux

jours suffisent au premier, il faut trois jours révolus pour amener la salivation.

Dans un voyage qu'il vient de faire à Paris, M. Serre a facilement obtenu de l'obligeance de M. Lisfranc la facilité d'employer les frictions mercurielles sur quelques malades de la Pitié; et à Paris, comme à Uzès, comme à Alais, où l'auteur pratique maintenant la médecine, sa méthode a obtenu les plus heureux résultats.

Le rapporteur termine en signalant la grande portée thérapeutique de la méthode de M. Serre, et en exprimant le désir que de nouvelles expériences soient tentées par les praticiens, sur un sujet aussi important.

Le vœu exprimé par M. Guéneau de Mussy a été déjà en partie rempli; car des expériences assez multipliées viennent d'être faites à ce sujet, par M. Lisfranc, à sa clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Pitié. Il résulte de ces expériences, dit M. Lisfranc, qu'administrée d'après la formule de M. Serre, la pommade mercurielle remplit, il est vrai, le plus souvent le but qu'on se propose; mais dans le climat de Paris, elle détermine quelquefois la salivation. C'est principalement, ajoute-t-il, dans les phlegmasies intenses et profondes des tissus sous-dermiques, que les applications abondantes de pommade mercurielle réussissent, surtout lorsqu'on a la précaution de l'étendre à deux lignes au-delà des limites de la maladie. Il cite des faits saillans de guérison obtenus par ce médicament. Mais ce moyen échoue souvent dans les phlogoses légères et superficielles, comme l'érysipèle. L'axonge pure réussit de préférence dans ces cas. Du reste, dit-il encore, si avant M. Serre on avait conseillé, en Amérique ou en Angleterre, la pommade mercurielle contre l'érysipèle, il faut reconnaître qu'aucun praticien avant lui n'avait prescrit le remède à une dose aussi élevée que lui, ni établi une véritable formule ainsi qu'il vient de le faire. On se tromperait si l'on voulait juger la bonté de la méthode par les érysipèles; c'est dans le phlegmon, dans le panaris, dans les phlogoses profondes, mais externes, que le remède offre la ressource la plus précieuse.

M. Velpeau a expérimenté les onctions mercurielles dans le traitement des inflammations, et principalement dans l'érysipèle; il a reconnu que dans les inflammations superficielles, l'onguent mercuriel n'avait pas un grand avantage sur l'axonge; mais il en est autrement dans les inflammations profondes; il est incontestable qu'ici le mercure obtient des effets qu'on attendrait vainement de l'axonge : c'est un des meilleurs résolutifs qu'on puisse avoir; il a vu survenir quelquefois la salivation, mais pas avant le troisième et quatrième jour; il a été ainsi moins heureux que M. Serre; mais il avoue qu'il n'a pas suivi sa formule.

M. Blandin a employé la pommade mercurielle dans plusieurs cas

d'érysipèles traumatiques, et il est loin d'approuver cette pratique, qui a été désastreuse entre ses mains. Il n'en est pas de même des inflammations phlegmoneuses, dans lesquelles il se loue beaucoup de la méthode de M. Serre ; il a eu plusieurs cas de panaris palmaires, larges et graves, et de métro-péritonites survenues à la suite de l'amputation du col de l'utérus, dans lesquelles cette médication lui a réussi contre son attente.

Ainsi, voilà plusieurs notabilités chirurgicales qui ont adopté, à l'Hotel-Dieu, à la Charité, à la Pitié, les onctions mercurielles dans les inflammations phlegmoneuses, et qui reconnaissent à la méthode de de M. Serre une supériorité marquée sur les autres moyens employés dans ces cas.

M. Velpeau conteste l'efficacité des onctions mercurielles dans les inflammations superficielles, mais elle est pour lui bien démontrée dans les inflammations profondes.

MM. Rochoux et Emery n'ont aucune bonne opinion de ce mode de traitement, auquel ils préfèrent les traitemens ordinaires.

M. Lisfranc fait observer qu'il n'a jamais obtenu de succès par l'emploi du mercure *à petite dose*, mais qu'il n'en a point été ainsi dans sa pratique toutes les fois qu'il l'a employé à des doses telles que celles désignées par M. Serre.

M. Bouillaud croit les onctions mercurielles dangereuses dans tous les cas de phlegmasies accompagnées de fièvre. Dans tous les autres, elles peuvent être tentées; mais il ne leur accorde pas une propriété plus active qu'à celles qu'on ferait avec l'axonge.

Question proposée par la Société royale de Médecine de Toulouse pour le concours de 1838.

1.° *La fièvre typhoïde est-elle une maladie particulière, ou bien une forme ou une complication de certaines maladies ?*

2.° *Indiquer le traitement de la fièvre typhoïde dans les diverses formes qu'elle peut présenter.*

Le prix est de la valeur de 300 francs.

Les Mémoires concernant les grands prix devront être remis avant le 1.er Mars de chaque année. Il est nécessaire qu'il soient écrits lisiblement en français ou en latin, et munis d'une épigraphe ou devise qui sera répétée dans un billet cacheté, où doit se trouver le nom de l'auteur.

ERRATA.

Page 10, ligne 9, *au lieu de :* conjonctivement, *lisez :* consécutivement.
Page 26, ligne 36, *au lieu de :* communs, *lisez* connus.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA CAUTÉRISATION PAR LE NITRATE D'ARGENT DANS LE CROUP,

PAR MM. DE QUATREFAGES ET DIEULAFOY.

Parmi les maladies aiguës auxquelles l'enfance est exposée, la plus grave est peut-être le croup. On comprend difficilement comment cette affection a échappé à l'esprit investigateur des anciens, qui la confondaient avec l'angine gangréneuse, dont elle fut séparée pour la première fois en 1567 par Baillou. Ce médecin signala la formation de la fausse membrane qui la caractérise, et Ghisi confirma les résultats auxquels il était arrivé. Depuis, bien des recherches et de nombreux travaux, auxquels se rattachent les noms honorables de Home, de Michaëlis, de Schwilgué, de Jurine, de Vieusseux, de Double, de Jonsthon, de Starr, de Wichmann, ont grandement contribué à éclairer l'histoire du croup. Mais ce n'est que depuis quelques années que le diagnostic et la thérapeutique de cette redoutable maladie ont été portés au point où nous les voyons aujourd'hui. Bretonneau a démontré ses rapports avec l'angine gangréneuse, et signalé les différences qui existent entre ces deux affections. Lobstein, poursuivant les travaux de Double et de Dressig, l'a complétement distinguée de la paralysie du poumon (asthme aigu de Millar, croup nerveux de quelques auteurs.) Enfin, MM. Bretonneau et Trousseau ont ouvert une route nouvelle en déterminant sa nature et sa marche d'une manière plus positive que leurs devanciers, et en proposant un mode de traitement qui compte aujourd'hui de nombreux succès.

Pour ces médecins, le croup est une inflammation pelliculaire qui, naissant à la partie supérieure du pharynx, envahit successivement la glotte, le larynx, la trachée, et s'étend jusqu'aux dernières ramifications des bronches. De là, toux, d'abord légère et purement catarrhale, bientôt modifiée et présentant les caractères particuliers à la toux croupale; puis altération de la voix, accès de suffocation de plus en plus rapprochés, aphonie, et enfin mort par asphyxie.

Les traitemens employés contre le croup ont été nombreux

et variés. On peut les ramener à deux modes principaux, selon que la médication a été générale ou locale. Dans la première classe se rangent les saignées générales, les tisanes adoucissantes et relâchantes, les fumigations et fomentations de même nature employées dans dans le but de diminuer l'inflammation; les purgatifs, les vomitifs destinés à établir une dérivation utile; les préparations mercurielles, antimoniales, ammoniacales; les hydrosulfures, les infusions de polygala, l'oxymel scillitique, regardés comme propres à décoller et à dissoudre l'exsudation plastique; enfin les sternutatoires, auxquels on recourait pour faire rejeter les lambeaux de membrane, et les émétiques; les titillations de l'arrière-bouche, qui étaient employés dans le même but lorsqu'on regardait la maladie proprement dite comme domptée.

La médication locale employée jusqu'à ces derniers temps ne mérite pas, à proprement parler, ce nom, puisqu'elle agit toujours médiatement, et dans le seul but d'établir près du lieu de l'inflammation un centre de dérivation active. Ainsi, les applications de sangsues, qui remplissaient un double but; les frictions avec la pommade stibiée ou ammoniacale, les sinapismes, les vésicatoires sur toutes les parties du cou, étaient généralement en usage; mais personne n'allait attaquer le mal dans son siége même. Arétée, il est vrai, avait préconisé l'alun calciné comme propre à détruire la membrane lorsqu'elle commençait à se former, et à empêcher sa reproduction; mais ce moyen était entièrement tombé dans l'oubli, lorsque M. Bretonneau le reproduisit, en s'appuyant sur quelques succès. M. Marteau de Grandvilliers proposa l'acide muriatique, qui fut aussi adopté dans quelques circonstances par le même praticien. Enfin, le médecin de Tours, convaincu de plus en plus que l'exsudation plastique ne saurait être arrêtée que par un modificateur énergique porté sur la membrane siége de l'inflammation diphthéritique, adopta définitivement la solution concentrée de nitrate d'argent. Les succès obtenus par l'auteur du *Traité de la Diphthérite*, ceux qui ont couronné la pratique de son élève et ami, M. Trousseau, ne permettent pas d'élever aujourd'hui le moindre doute sur la supériorité du mode de traitement proposé par eux.

Voici comment on doit procéder à cette petite opération.

Si la maladie est à son début, c'est-à-dire si l'inflammation pelliculaire n'a encore atteint que les amygdales, le voile du palais et ses dépendances, on fixe à l'extrémité d'une petite baguette une petite éponge fine que l'on plonge dans une solution de nitrate d'argent cristallisé, ayant soin de l'en imbiber assez pour que la plus faible pression suffise pour faire dégoutter le caustique. Alors, saisissant le moment où l'enfant a la bouche ouverte, on plonge la baguette ainsi armée dans l'arrière-bouche, et on la porte dans tous les sens. Une ou deux cautérisations suffiront le plus souvent pour arrêter la marche de la maladie.

Si la diphthérite a déjà dépassé la glotte et pénétré dans le larynx, il faut procéder à peu près de la même manière; mais alors la baguette porte-caustique doit être coudée ou recourbée à un pouce de son extrémité. M. Trousseau emploie à cet effet une tige de baleine qu'il courbe à la flamme d'une bougie, de manière à former un angle droit. Nous nous sommes servis avec le même succès d'une tige en gros fil de fer qu'on a l'avantage de trouver partout, et que nous avons courbée en demi-cercle. Deux traits de lime circulaires avaient fourni le moyen d'y arrêter solidement l'éponge. L'enfant ayant la bouche ouverte et maintenue dans cet état par un bouchon placé entre les dents, on enfonce le porte-caustique. Arrivé à la paroi postérieure du pharynx, il s'opère un mouvement de déglutition qui porte le larynx en haut; alors, saisissant ce moment, on ramène un peu l'éponge vers soi, en même temps qu'on relève l'extrémité du porte-caustique que l'on tient à la main: par-là on relève l'épiglotte, et l'on peut faire pénétrer le caustique jusque dans la cavité du larynx.

La solution employée par M. Trousseau et dont nous nous sommes servis, se compose d'un gros de nitrate d'argent cristallisé et de deux gros d'eau distillée. Le nitrate d'argent cristallisé a sur la pierre infernale (nitrate d'argent fondu) l'avantage d'être toujours identique; néanmoins cette dernière pourrait ausi être employée en cas d'urgence. On ne doit pas craindre d'en faire pénétrer une trop grande quantité dans le larynx. M. Trousseau a instillé dans les bronches, mises à découvert par la trachéotomie, jusqu'à 120—160 gouttes de la solutiou caustique dans les vingt-quatre heures, et cela sans éprouver d'accidens. On

verra plus bas, dans une de nos observations, avec quelle hardiesse couronnée de succès nous avons suivi cet exemple.

Lorsqu'enfin la maladie a pénétré au-delà du larynx et envahi les bronches, alors il faut, sans retard, pratiquer la trachéotomie, afin de porter l'action bienfaisante du caustique jusque sur le point affecté, et de poursuivre le mal jusque dans les ramifications des gros troncs bronchiques. Nous renvoyons aux ouvrages *ex professo*, et surtout à l'excellent mémoire publié par M. Trousseau pour le manuel de cette opération. Mais une chose sur laquelle nous ne saurions trop insister, c'est que, pour qu'elle soit utile, il faut bien se garder d'attendre le dernier moment, comme le disent la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette matière. Il en est de la trachéotomie dans le croup, comme du débridement dans la hernie étranglée: plus on temporise, moins on a de chances de succès. M. Trousseau, dont on peut sans crainte invoquer l'opinion en pareille matière, s'exprime sur ce point de la manière la plus formelle, et les tableaux statistiques annexés à son travail parlent plus haut encore que les meilleurs raisonnemens. Lui aussi avait, dans les premiers temps de sa pratique, regardé la trachéotomie comme le dernier expédient auquel on dût avoir recours, comme un moyen extrême qui ne devait être mis en usage que lorsqu'il ne restait aucune chance de guérison: *alors il sauvait un malade sur dix.* Aujourd'hui, que plus expérimenté il pratique l'opération dès que les premiers soins ont été administrés sans succès, *il sauve près de un malade sur deux.* Différence énorme que ce praticien n'hésite pas à attribuer à ce qu'il pratique l'opération *le plus tôt possible.*

Ces expressions un peu absolues, ne doivent s'entendre bien évidemment que des cas où la maladie est assez avancée pour échapper à la médication topique; car il serait absurde de supposer que le médecin de l'Hôtel-Dieu demandât la trachéotomie, lorsque la diphthérite, encore bornée au pharynx ou à la partie supérieure du larynx, peut facilement être atteinte par le porte-caustique. Les signes donnés comme infaillibles par M. Trousseau, de l'extention du mal au larynx et aux bronches, sont *la non sonoréité de la toux et des accès de suffocation de plus en plus rapprochés.* Aucune médication, dit-il, ne peut guérir le croup arrivé à ce point. On trouvera plus bas une

observation dans laquelle on verra cette maladie parvenue bien près de cette période, céder à l'emploi largement répété de la cautérisation.

On conçoit du reste, d'après ce qui précède, que nous ne considérons avec M. Trousseau la trachéotomie que comme une médication dilatoire. Dans les cas d'oblitération du larynx, elle permet à la respiration de se faire au-dessous de cet organe; mais si le médecin, content de ce résultat, se bornait dès-lors à l'expectation, comme on le faisait jadis, l'inflammation diphthéritique continuant sa marche, envahirait progressivement les bronches et leurs dernières divisions; l'hématose deviendrait bientôt impossible, et l'on n'aurait fait que prolonger de quelques heures les souffrances du malade. Il faut donc agir aussitôt que l'ouverture faite à la trachée permet de porter plus avant le caustique dont nous venons de signaler les heureux effets. Pour cela, on se sert d'une tige longue de huit à dix pouces, armée d'une éponge, et chargée comme nous l'avons dit plus haut. Il faut aussi instiller dans la trachée, six à huit fois par jour, une vingtaine de gouttes de solution caustique; mais celle-ci doit être moitié moins forte que celle qui imprégne l'éponge. Ce n'est pas qu'on ait à redouter la cautérisation ou l'inflammation suites de son conctact avec la muqueuse bronchique: nous avons vu plus haut que ces résultats fâcheux n'étaient nullement à craindre; mais une solution trop concentrée coagule rapidement le mucus contenu dans les bronches, et Trousseau cite l'exemple d'un enfant qui mourut sur le champ, étouffé par un coagulum de cette nature qu'il n'eut pas la force d'expectorer. Le même accident n'est pas à craindre lorsqu'on se sert de l'éponge portée sur une baleine, parce qu'elle entraîne avec elle les mucosités solidifiées par leur contact avec le caustique.

Notre intention n'étant de parler de la trachéotomie que dans ses rapports avec la cautérisation, nous renverrons de nouveau aux ouvrages dont nous avons parlé pour les soins qui doivent suivre cette opération. Toutefois nous ajouterons un mot sur les canules destinées à être placées entre les lèvres de la plaie, pour donner à l'air une entrée dans la trachée. Ici, nous répéterons avec MM. Bretonneau, Dupuytren et Trousseau, que celles que l'on trouve ordinairement chez les fabri-

cans d'instrumens de chirurgie sont trop étroites. Les plumes, les sondes même du n.° 12, que les auteurs ont indiquées comme pouvant servir dans un cas pressant, présentent le même défaut, et l'enfant à qui on aurait appliqué ces instrumens improvisés ne tarderait pas à périr suffoqué. En thèse générale, *la canulle doit avoir le diamètre normal que présente la trachée chez le sujet opéré.* Si l'on manquait d'une canulle de ce genre, on peut en fabriquer une soi-même avec une balle de plomb qu'on aplatit par la percussion, et qu'on moule ensuite sur un mandrin du calibre nécessaire. Il nous semble qu'on pourrait encore en fabriquer extemporanément avec un fil de fer bien recuit, qu'on enroulerait sur un mandrin convenable. Déjà M. Trousseau en a fait fabriquer avec un fil d'argent, aplati de manière à former un cylindre continu, mais à parois mobiles. Celles que nous proposons auraient peut-être un avantage, en ce qu'elles permettraient, à travers leurs spirales, le libre accès de l'air dans le larynx, qui pourrait par-là reprendre peu à peu ses fonctions lorsqu'on l'aurait débarrassé des membranes qui l'obstruaient, et cela sans qu'il fût nécessaire de retirer la canulle.

A quelque degré que soit la maladie, lorsqu'on porte le caustique sur le lieu qu'elle occupe, il y a sur-le-champ des efforts de toux, de vomissement et expulsion d'un mucus filant et très-tenace. Il faut avoir grand soin de se tenir auprès de l'enfant, afin de lui aider à s'en débarrasser. Dans les cas où la trachéotomie a été pratiquée, il faut écouvillonner souvent la canulle et les bronches. Lorsque le caustique a été porté seulement dans l'arrière-bouche et dans le larynx, il faut avec le doigt retirer ce mucus filant que les petits malades, épuisés par les efforts qu'ils ont faits, auraient quelquefois grand peine à expectorer. Ces mucosités sont en partie coagulées par l'action du nitrate, et il est quelquefois difficile de distinguer ce coagulum des débris de membranes qui l'accompagnent.

Cette expectoration, qui se renouvelle après chaque cautérisation, demande de la part des petits malades un emploi de forces assez considérables. Il faut donc bien se garder de trop les affaiblir; autrement un amas de ces matières pourrait fort bien s'arrêter dans la trachée et occasionner une mort subite. Il suit de là que les émissions sanguines ne devront être em-

ployées qu'autant qu'on trouvera des indications précises, et toujours avec de grands ménagemens. On doit aussi se rappeler, lorsqu'on applique les sangsues, qu'il est souvent bien difficile d'arrêter l'hémorragie produite par leurs piqûres, surtout dans des circonstances où la difficulté de respirer force le sang à stationner et à s'accumuler dans les veines. Le praticien devra donc exercer une surveillance active, de peur que l'ignorance des personnes qui entourent le malade ne compromette sa vie en laissant échapper une trop grande quantité de sang.

Parmi les nombreux moyens qui ont été mis en usage de tout temps pour combattre le croup, les seuls qui nous paraissent utiles, et qui doivent être employés concurremment avec la médication topique, sont les dérivatifs externes et les vomitifs. En lisant le *Traité de la Diphthérite* on reconnaîtra que M. Bretonneau a plusieurs fois arrêté par eux le développement de la maladie, lorsqu'il a été appelé dès le début. M. Trousseau ne conteste pas cette vérité, et il n'est d'ailleurs aucun praticien qui ne compte quelques succès obtenus de la même manière. Parmi les émétiques, le plus employé de tout temps, à cause de la sûreté de son action, a été le tartre stibié. Nous le préférons aussi, tant pour cette raison que pour l'action spéciale que cette substance exerce sur l'organe pulmonaire. Aussi, lors même que son effet vomitif aurait cessé par suite de l'établissement de la tempérance, n'hésiterions-nous pas à en continuer l'administration concurremment avec la cautérisation. Au reste, nous pensons qu'on ne doit pas attendre pour employer celle-ci que l'effet de l'émétique ait cessé, et si après les premiers vomissemens la maladie ne paraît pas domptée, surtout si les signes de l'affection croupale augmentent au lieu de diminuer, il ne faut pas tarder à mettre en usage ce moyen dont l'expérience nous à démontré la grande utilité.

Quelques médecins, peu familiarisés avec l'emploi du nitrate d'argent, s'effraieront peut-être à l'idée de mettre ainsi la muqueuse aérienne en contact avec une aussi grande quantité d'une substance qui a reçu des anciens le nom d'*infernale*. Nous ne saurions mieux faire, pour leur inspirer une salutaire hardiesse, que de leur répéter avec M. Serre : « Ce n'est pas tant l'utilité du nitrate d'argent, c'est surtout son innocuité qui séduit. »

Après de nombreuses cautérisations, la bouche entière, l'arrière-gorge, et probablement le larynx, le phraynx, sont tapissés par ces espèces d'escharres blanches que laisse le nitrate d'argent sur les membranes muqueuses; escharres qui n'intéressent, pour ainsi dire, que leur surface. Il en résulte pendant deux ou trois jours, soit de l'aphonie, soit de la raucité dans la voix; mais ces phénomènes se dissipent rapidement, ainsi que la rougeur qui se manifeste après leur chute. Jamais on ne voit survenir à la suite d'inflammation tant soit peu grave, du moins nous n'en connaissons aucun exemple, et nous nous appuierons d'ailleurs encore ici de l'autorité de M. Trousseau, qui émet la même assertion en se fondant sur son expérience.

Passons à quelques observations où l'on verra mis en pratique les préceptes que nous venons de mentionner d'une manière générale.

1.re OBSERVATION.

Félix Miarténi, âgé de 6 ans, très-fort, très-bien portant, fut atteint du croup dans la nuit du 10 au 11 Février 1835. La période d'invasion fut à peine sensible, et la maladie se caractérisa subitement par un accès des plus violens suivi d'une syncope long-temps prolongée. M. Dieulafoy, appelé par les parens, arriva auprès du petit malade à deux heures du matin, et le trouva dans l'état suivant : face pâle et bouffie, lèvres violettes, abattement très-prononcé, pouls très-fréquent, respiration précipitée accompagnée pendant l'inspiration, du sifflement caractéristique. Une quinte qui survint bientôt après, avec les symptômes d'une suffocation imminente, fut suivie d'une nouvelle syncope. La pâleur devint générale et les accidens s'aggravèrent au point de faire craindre que les secours de l'art ne fussent inutiles.

On prescrivit 10 grains d'émétique dans 6 onces d'eau, à prendre par cuillerées. Ce médicament amena des vomissemens de matière glaireuse, et l'expulsion de parties assez considérables de fausses membranes. Un mieux sensible, mais passager, se montra aussitôt après.

A quatre heures, l'effet de l'émétique était nul, l'enfant ne vomissait plus; il était très-affaissé, et la toux commençait à reparaître avec les caractères du croup. M. Dieulafoy se décida alors à cautériser l'arrière-gorge et le larynx selon la

méthode de M. Trousseau. Une éponge fixée à l'extrémité d'une baguette coudée fut imbibée de la dissolution de nitrate d'argent. On cautérisa largement à deux reprises, à une heure de distance, en ayant soin de faire pénétrer le caustique par la glotte jusque dans le larynx. De violens efforts de toux et de vomissemens suivirent cette manœuvre, et furent accompagnés de l'expulsion d'une grande quantité de mucosités filantes mêlées à des débris de fausses membranes : l'enfant fut soulagé immédiatement et s'endormit.

Le lendemain, la bouche et l'arrière-gorge étaient fort rouges et semblaient violemment enflammées par l'action du caustique; il s'en détachait des escharres blanches qui laissaient la muqueuse dans son état normal. On soutint les forces du petit malade par quelques alimens légers. A dater de ce moment il fut en pleine convalescence, et deux jours après il était entièrement rétabli.

C'était la première fois que M. Dieulafoy avait recours à ce mode de traitement, encore inusité dans notre ville. On conçoit que ce début dut l'encourager. En effet, il s'était rendu maître par une petite opération bien simple, d'une maladie qui débutait avec une violence telle qu'on devait craindre de voir le malade périr dans quelques heures. Deux cautérisations avaient, en modifiant subitement le mode de vitalité de la membrane, empêché les accès de croup de se reproduire.

2.e OBSERVATION.

Vers les derniers jours du mois de Mai 1836, M.me Mélou amena à M. de Quatrefages la petite Eugénie Mélou, âgée de quatre ans et demi, d'un tempérament nervoso-sanguin très-prononcé. Deux ans avant, elle avait perdu un fils qui avait succombé aux atteintes du croup, et croyant apercevoir les mêmes symptômes, elle était vivement alarmée. M. de Quatrefages reconnut en effet la toux croupale, mais peu caractérisée; toutefois il prescrivit un bain de pieds sinapisé, et 4 grains d'émétique dans 2 onces d'eau. La petite vomit facilement, et la toux croupale disparut.

Environ huit jours après, le 6 Juin 1836, la petite Mélou, absente de la maison paternelle, eut de nouvelles quintes qui alarmèrent tellement les personnes chez qui elle se trou-

vait, bien qu'elles ne connussent pas la gravité du mal, qu'elles la reconduisirent chez sa mère au milieu de la nuit. Les symptômes marchèrent rapidement, et le 7 Juin, à quatre heures du matin, on alla chercher M. de Quatrefages, qui trouva la malade au milieu d'une violente crise. La toux était presque continuelle ; la face légèrement violacée; la circulation était très-accélérée, le pouls dur, serré, irrégulier ; la respiration haletante et fortement sifflante ; la voix, presque entièrement éteinte, ne se faisait entendre que par saccades. La malade présentant des symptômes de congestion du côté de la tête, M. de Quatrefages prescrivit l'application de 4 sangsues au cou, dans le double but de dégager cet organe et d'opérer une révulsion; des sinapismes et une potion de 4 grains d'émétique dans 4 onces d'eau furent ordonnés.

A six heures et demie les sangsues avaient dégagé la tête, mais la maladie marchait rapidement. La face était pâle ; le pouls de plus en plus fréquent, irrégulier et intermittant ; l'aphonie complète ; l'émétique n'avait provoqué qu'un seul vomissement. Le médecin proposa la cautérisation, et M. Dieulafoy appelé en consultation s'étant trouvé du même avis, on y procéda immédiatement avec une baguette droite, faute d'autre, car il était évident que le moindre retard ne laisserait plus de ressources. Un vomissement assez considérable, l'expulsion d'une assez grande quantité de mucosités et de débris de membranes furent la suite de cette première cautérisation qui amena quelques momens de relâche.

La potion émétisée était épuisée ; M. de Quatrefages en prescrivit une seconde, en ordonnant d'en faire prendre une cuillerée chaque demi-heure ; son but était de faciliter la résolution des membranes déjà formées dans les bronches ; et puisque la tolérance était établie, il ne craignait pas d'élever la dose du tartre stibié.

A sept heures et demie les accidens reparaissent de plus belle ; la petite malade semble sur le point d'étouffer. M. de Quatrefages fait deux cautérisations successives, cette fois à l'aide d'un gros fil de fer courbé en quart de cercle à son extrémité, qui permit de faire pénétrer dans le larynx une plus grande quantité de liqueur caustique : expulsion de plusieurs lambeaux de membranes, d'une grande quantité de mucosités qu'on

est obligé de retirer avec les doigts du fond du gosier de la petite malade. A la suite de ces efforts, le sifflement métallique diminue, et le râle ronflant commence à se montrer.

A neuf heures le râle ronflant a disparu; la maladie a repris le dessus et la malade paraît de nouveau dans le plus grand danger. Trois cautérisations sont pratiquées dans l'espace d'un quart d'heure; chacune d'elles est accompagnée des phénomènes que nous avons déjà signalés; le râle ronflant reparaît. L'émétique n'a produit ni selles ni vomissemens : continuation de la même potion. La malade demande de l'eau sucrée, qu'on lui accorde.

A onze heures et demie il devient de nouveau nécessaire de cautériser; on y revient à deux fois. Un soulagement marqué s'en suit : le râle ronflant occupe toute la poitrine. Les quintes plus éloignées amènent une grande quantité de mucosités et de nombreux lambeaux de membranes; quelques uns de ces derniers sont roulés de manière à faire supposer qu'ils viennent des bronches. On continue la potion émétisée.

A une heure et à trois heures de l'après-midi, il fallut de nouveau cautériser à plusieurs reprises. A dater de ce moment le râle ronflant continua de se montrer. La malade avait toujours pris la potion émétisée; elle eut une petite selle dans l'après-midi.

Les parens, qui avaient entendu parler de la trachéotomie comme d'un moyen héroïque, demandèrent une consultation, qui eut lieu à neuf heures du soir. A cette heure la petite malade se trouvait dans l'état suivant : pâleur générale, faiblesse extrême, pouls petit, faible, fréquent, mais régulier; respiration anxieuse, râle ronflant dans toute la poitrine; la toux a presque entièrement cessé, elle a perdu le caractère croupal; elle est grasse, et continue à amener des mucosités épaisses, filantes, et des débris de membrane. Les médecins appelés furent d'accord avec M. de Quatrefages sur l'inopportunité de l'opération; on prescrivit une tisane émolliente, et un looch blanc avec 6 grains d'oxide blanc d'antimoine.

Le lendemain 8, la nuit a été bonne; la malade a dormi; toute la bouche et l'arrière-gorge sont recouvertes d'une couche blanche produite par l'action du nitrate; le pouls est régulier, moins fréquent que la veille; la respiration moins

précipitée ; la voix est à peine articulée ; la toux est grasse et ne présente plus de caractère fâcheux ; le râle ronflant règne dans toute l'étendue de la poitrine, hormis dans une étendue de 4 à 5 pouces du côté gauche, où on le distingue à peine. Ce point est légèrement douloureux pendant l'inspiration, il présente en outre une sonoréité beaucoup plus marquée que le reste du thorax. M. de Quatrefages pense qu'il y a là un léger point d'emphysème, suite des efforts violens faits le jour précédent. Looch blanc, tisane de mauves et de violettes, légers potages.

Le 9, la malade va de mieux en mieux ; le pouls et la respiration ont repris leur type normal ; la bouche commence à se débarrasser des escharres qui la tapissent ; la voix s'entend mieux ; la toux est rare, grasse, et légèrement douloureuse dans le point emphysémateux qui est dans le même état. Même prescription ; on augmente un peu la nourriture.

A dater de ce jour la malade se rétablit entièrement. La voix recouvra son timbre naturel ; la toux dura encore quelques jours ; l'emphysème dont nous venons de parler fut un peu lent à disparaître, et ce ne fut qu'au bout de quinze jours ou trois semaines que cette enfant, vive et pétulante, put reprendre les jeux de son âge sans éprouver d'essoufflement. Aujourd'hui il n'en reste plus la moindre trace.

Eugénie Mélou prit dans un jour 16 grains de tartre stibié. Dans le même espace de temps, 4 gros de nitrate d'argent furent employés à pratiquer environ une douzaine de cautérisations. On n'y eut jamais recours sans nécessité, elles étaient chaque fois impérieusement exigées par la marche du mal ; mais chaque fois aussi elles furent suivies d'un mieux bien marqué. La maladie était évidemment arrêtée pour un espace de temps qui devint de plus en plus long, jusqu'à ce qu'elle cédât entièrement. Nous avons persisté dans l'emploi de l'émétique bien qu'il n'eût pas amené de vomissemens, dans l'espoir que son action bien connue sur l'organe pulmonaire ne pouvait que nous être favorable ; et quoique nous ne puissions pas lui faire au juste sa part de ce succès vraiment inespéré, nous pensons qu'il a été loin de nous être inutile : aussi l'emploierons-nous de même chaque fois que la tolérance en s'établissant nous permettra de le faire sans danger.

3.e OBSERVATION.

Le 24 Janvier 1837, M. Dieulafoy fut appelé chez M. Barcouda, rue Malcousinat, pour voir sa fille, agée de 10 ans, qui depuis douze jours avait, disait-on, un rhume extraordinaire. Il la trouva au milieu d'un accès de croup des plus violens, à la suite duquel cette petite fille demeura comme morte pendant plus d'un quart d'heure. L'affaissement était porté au plus haut point; la toux presque insonore; le pouls petit, fréquent et irrégulier; il n'y avait pas un moment à perdre: 10 grains d'émétique dans 6 onces d'eau, à prendre par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure, furent prescrits, et amenèrent des vomissemens; immédiatement après on procéda à la cautérisation. Ce traitement eut un plein succès. Le lendemain la malade était en convalescence, et il ne lui restait autre chose qu'un peu de raucité dans la voix, qui ne tarda pas à disparaître avec les escharres qui l'occasionnaient.

4.e OBSERVATION.

Au mois de Mars 1837, MM. Viguerie et Dieulafoy furent appelés pour voir l'enfant de M. Delcros, place de la Bourse. Cet enfant toussait depuis long-temps, et le croup s'était déclaré depuis trois jours. Les révulsifs et l'émétique furent employés sans enrayer la maladie, qui céda à une seule cautérisation.

Les deux derniers cas que nous venons de citer sont des plus remarquables. Chez ces deux enfans la maladie était déjà ancienne, et elle a cédé, on peut le dire, comme par enchantement à l'emploi du caustique combiné avec l'usage du tartre stibié. M. le docteur Viguerie a employé le même traitement avec un succès tout pareil chez l'enfant de M. de Mortarieu, qu'un croup des plus graves avait mis presque aux portes du tombeau. Puissent ces exemples encourageans propager cette heureuse pratique, et contribuer à diminuer le nombre des victimes que fait tous les ans cette redoutable maladie! [1]

[1] MM. les docteurs Fourquet, Dassier et Carrel, ont eu l'occasion d'employer avec succès le même mode de traitement. Nous publierons dans un de nos prochains numéros un mémoire de M. Fourquet, où les observations recueillies par ses deux collègues seront jointes à celles que lui a fournies sa pratique particulière. *(Note des Rédacteurs-Gérans.)*

DES PROPRIÉTÉS MÉDICALES ET CHIMIQUES

DU COLCHIQUE D'AUTOMNE (Colchicum autumnale. Lin.),

PAR M. MAGNES-LAHENS.

Parmi les substances que la thérapeutique retire du règne végétal, le colchique, ou *tue-chien*, qui est aussi appelé *safran des prés*, est une de celles qui ont été le plus employées à différentes époques. Dioscoride l'a décrite comme étant l'*ephemerum lethale* de son temps : elle était ainsi nommée, dit-il, parce qu'on lui avait reconnu la propriété de donner la mort dans un jour. D'après le même auteur, le nom de *colchicum* viendrait de celui de Colchide, où cette plante était abondante, ou à raison de ses propriétés vénéneuses, qui ne le cèdent en rien aux poisons de la Colchide.

Mais le bulbe du colchique n'eut pas d'abord beaucoup de vogue. On ne peut pas affirmer, dit un thérapeutiste moderne, que les Grecs aient employé en médecine le colchique, qu'ils regardaient comme très-vénéneux. Ce ne fut que vers le commencement du dix-huitième siècle, qu'on vint à lui accorder quelques propriétés : on le portait alors en amulettes, pour se préserver de la peste, comme on porte encore chez nous l'ail, le camphre et le mercure coulant, dans les maladies contagieuses. Védel, en 1718, le soumit à des expériences pour s'assurer de ses propriétés vénéneuses. Ce fut véritablement Stork qui, en 1763, par la publication d'un traité spécial, commença de lui assigner le rang qu'il mérite, quoiqu'il ne le présentât alors que comme succédané de la scille. Plus près de nous, et pendant le blocus continental, le docteur Bodard trouvait dans le colchique d'automne le moyen de suppléer aussi au défaut de la scille maritime, qui nous vient le plus souvent des côtes du Portugal.

L'attention que le célèbre Stork appela sur ce bulbe, le fit administrer dans le reste de l'Europe, et il fut alors employé assez fréquemment. Mais depuis trente à quarante ans il l'a été fort peu en France, dans les cas indiqués par le médecin allemand : ça été sans doute par suite de la variabilité de ses effets, selon que l'on a bien ou mal choisi la plante parmi ses

congénères, ou par les accidens qu'elle cause si on la donne à une dose trop forte, ou à son inutilité, si elle est trop faible. Ceux qui ont parlé de sa propriété vénéneuse diffèrent tellement d'opinion, qu'aucune plante ne paraît avoir donné lieu à autant de discussions que celle du colchique : les uns la considèrent comme très-suspecte, redoutant les effets d'un grain ; d'autres, persuadés de son innocuité, osent en avaler depuis un gros, jusqu'à une once. Tout en reconnaissant la véracité de ces assertions, le docteur Moretty et bien d'autres sont portés à croire avec Murray, l'auteur bien connu de l'*Apparatus medicaminum*, que cette plante varie en raison du climat, du sol, de la culture, et des époques de la végétation. Pour se former une idée du changement que le colchique présente dans ses qualités à différentes saisons de l'année, il suffirait, dit le docteur italien, d'observer le colchique en automne et au printemps; on reconnaîtra, ajoute-t-il, qu'au commencement de cette dernière saison le principe sucré est changé en principe âcre.

On serait en droit d'opposer à cette proposition que la récolte du bulbe est alors très-difficile, parce que la fleur ne se montre qu'en automne. C'est un phénomène d'autant plus remarquable, que les fleurs du colchique sortent alors immédiatement du collet de la racine, enfoncée entièrement dans la terre, qu'elles paraissent seules, sans feuilles et sans tige. L'ovaire, placé au fond du tube de la corolle, est toujours profondément enterré. Fécondé par les étamines, il reste dans cet état pendant tout l'hiver, sous la neige et la glace, presque sans végétation. Au printemps suivant, les fruits sortent de terre avec une touffe de grandes et longues feuilles.

Il n'est donc guère possible de récolter les bulbes de colchique, si ce n'est en automne, à moins que de marquer alors la place occupée par chaque individu de la plante, pour en arracher la racine avant le renouvellement de la végétation.

Quoi qu'il en soit de la physiologie du colchique, son administration était très-limitée, lorsqu'en 1814 commença une nouvelle ère pour ce médicament : on crut reconnaître qu'il était utile, comme puissant diurétique, dans le rhumatisme aigu et la goutte, donné dans des liqueurs alcooliques, comme le vin, l'eau de vie, et même l'esprit de vin rectifié. On

admet généralement qu'il fait la base de l'eau médicinale d'Husson, et aussi de plusieurs arcanes anti-goutteux, dans lesquels on trouve parfois des principes immédiats qui appartiennent à la gratiole.

Les semences sèches et les fleurs fraîches du colchique ayant été employées aussi depuis peu d'années en teintures vineuse, alcoolique et acétique, le pharmacien a dû se fournir de ces préparations. Cependant je ne m'occuperai ici que de celles qui ont pour base la racine ou bulbe du même végétal ; et comme les auteurs des traités de matière médicale gardent, pour la plupart, le silence sur la question de savoir si l'on doit employer cette racine encore fraîche, attendu aussi que certains d'entr'eux indiquent, au contraire, celle qui aurait été desséchée, j'ai dû entrer dans les considérations qui précèdent, avant d'aborder la question suivante, que je me suis proposée :

Quelles sont les conditions que le pharmacien doit remplir dans la préparation des teintures vineuse, alcoolique et acéteuse du colchique, afin de les rendre aussi actives que la thérapeutique est en droit de le demander ?

Ainsi que je l'ai dit, les pharmacologistes diffèrent d'opinion sur la préférence que mérite le bulbe desséché. Depuis bien des années, je n'ai cessé d'employer, au contraire, que celui qui avait été fort récemment récolté en automne. J'ajouterai qu'il ne m'a pas été toujours facile de m'en procurer dans cet état de fraîcheur, même dans cette dernière saison. Toutes mes recherches, dans un rayon de plusieurs lieues au voisinage de notre ville, ont été plus d'une fois infructueuses [1]. Ce n'est que par les soins de mes confrères forins que je suis parvenu à en faire cueillir, tantôt sur la Montagne-Noire, près le beau bassin de Lampy, au-dessus de la ville de Sorèze ; tantôt dans la vallée de Bénasque, où notre célèbre compa-

[1] Depuis qu'il a écrit son mémoire, M. Magnes-Lahens a trouvé le colchique d'automne dans les environs de Villemur, où il croît abondamment dans les prairies. On le trouve aussi sur les bords du Touch, de l'Hers, de l'Aussonnelle, dans presque tous les prés humides ; et nous ne pensons pas avec notre honorable collaborateur que la plante que nous indiquons dans ces localités soit un safran, et non le véritable colchique d'automne. (*Note des Redacteurs.*)

triote Lapeyrouse l'a signalé dans sa *Flore générale des Pyrénées*. Le vin médicinal qui avait été préparé avec le bulbe du colchique frais a presque répondu toujours aux vues et aux espérances du praticien : je pourrais invoquer le témoignage de plusieurs d'entre eux ; toutefois, cédant à leurs invitations, j'ai fait, à titre d'expérience, la même préparation avec le bulbe desséché. Un de nos motifs reposait sur cette considération, que d'après les résultats de l'analyse chimique, la dessication n'altère pas le gallate de vératrine, que l'on dit être dépositaire de toutes les vertus du colchique. Les effets négatifs ayant été bientôt constatés chez divers malades, il a fallu renoncer à ce mode de préparation.

C'est ici le cas d'avouer que plusieurs autres de mes confrères n'ont eu que fort peu à se louer des médications opérées par le vin de colchique, qu'ils avaient préparé, m'ont-ils écrit, avec le bulbe frais. En effet, les malades n'avaient éprouvé aucun changement favorable. Plus tard, mes correspondans ont vérifié avec moi qu'ils avaient confondu le *colchicum autumnale* avec le *rocus multifidus* de *Ramond*. La cause de cette erreur s'est trouvée dans quelques analogies qui existent entre ces deux plantes de la même famille. Le botaniste n'ignore pas qu'elles croissent quelquefois à peu de distance l'une de l'autre, ainsi que celà se remarque pour les différentes variétés des orchidés.

Il résulte de tout ce que nous venons d'avancer, qu'il n'est guère facile de récolter les bulbes de colchique, si ce n'est en automne.

Pour faire un pas de plus vers le but que je me suis proposé en entreprenant ce petit travail, il me restait à faire quelques essais d'analyse chimique sur le véritable colchique d'automne frais, et ensuite sur celui que nous offre le commerce à l'état de dessication, mais ayant conservé les caractères physiques qui lui sont propres. Pour remplir ce premier objet, j'ai profité, l'an dernier, des racines fraîches que l'on m'avait envoyées de Bénasque.

Dans ces recherches je n'ai visé qu'à reconnaître si le gallate de vératrine se trouverait également dans la plante, après comme avant la dessication. A cet effet, je l'ai traitée dans ces deux états naturels par le procédé des savans Pelletier et

Caventou, c'est-à-dire par l'alcool bouillant, la magnésie décarbonatée, pour saturer l'acide gallique, et isoler ainsi la *vératrine*, que l'on reprend encore par l'alcool. Celle-ci s'est trouvée réellement dans le bulbe frais, comme dans celui qui avait subi la dessication.

La question principale étant ainsi résolue, j'ai négligé le travail qu'aurait demandé une analyse quantitative comparée; il me suffit de savoir que l'absence de l'eau de végétation ne détruit pas la *vératrine* dans la racine du colchique d'automne. Cependant il ne faut pas perdre de vue que dans le bulbe frais le *gallate de vératrine* s'y trouve à l'état de *sur-sel*, ou avec excès d'acide gallique, et que cet excès n'existant plus dans les mêmes rapports après la dessication, le sel propre à la plante a nécessairement perdu de sa solubilité dans les véhicules pharmaceutiques.

J'en ai dit assez, sans doute, pour démontrer combien il est utile de n'employer pour les teintures ci-dessus que le bulbe tout récemment cueilli en automne, ou encore mieux aux premiers jours du printemps. A ces deux époques de la végétation, la plante entière du colchique renferme, indépendamment des substances salines, un principe *volatil* qui ne peut qu'influer avantageusement sur l'action du gallate de vératrine. Peut-être que, d'après les nouvelles expériences du docteur Magendie, on finira par substituer avec succès aux différentes teintures du bulbe ou de la semence desséchée du colchique, l'usage de la vératrine, ou celui de ses combinaisons salines, celles-ci jouissant d'ailleurs d'une plus grande solubilité. Ce serait une acquisition que la thérapeutique enregistrerait à la suite de celle qu'elle à faite du sulfate de quinine, et d'autres nouveaux médicamens de ce genre, qui sont reconnus aujourd'hui pour être plus ou moins héroïques.

QUELQUES MOTS SUR LE CANCER,

PAR M. DUCASSE.

DEUXIÈME PARTIE.

Dans la première partie de ce travail, j'ai considéré cette redoutable maladie sous deux espèces bien différentes : l'une

purement extérieure, se bornant à agir sur les tissus affectés, y produisant des modifications, des changemens d'organisation plus ou moins profonds, mais susceptible d'être enlevée en entier avec la portion qu'elle attaque, sans compromettre la vie des individus; l'autre, au contraire, placée constamment sous l'influence d'un principe intérieur ou caché, portant avec elle l'existence d'une disposition particulière de l'organisme, se montrant très-souvent sous des apparences trompeuses, mais bientôt se propageant avec une rapidité déplorable, et déterminant la mort générale si, séduit par ses caractères extérieurs de bénignité, le praticien porte sur elle une main imprudente.

En établissant ainsi une ligne de démarcation bien tranchée, entre les cancers externes et les cancers internes, j'ai essayé d'expliquer d'une manière plus rationnelle, et, j'ose le dire, plus expérimentale, le sens attaché au mot de cancer *occulte d'Hippocrate*, auquel, comme on le sait, il défend de toucher; et j'ai fait voir que par ce mot, ce grand médecin ne faisait pas allusion au cancer occulte proprement dit des chirurgiens, lequel est seul opérable à leurs yeux; mais bien au cancer d'une cause interne, générale, *occulte,* et qui bien loin de guérir par l'opération, en prend au contraire un degré plus grand d'activité.

Enfin, j'ai rapporté quelques faits pour donner plus de force à mes réflexions, et qui ont pour résultat de montrer notamment deux femmes atteintes extérieurement d'une tumeur d'un petit volume, purement sous-cutanée, n'offrant aucun signe suspect; dure, sans inégalité à la surface; isolée, mobile, qu'on pouvait comparer à une loupe simple, et dont l'extraction, faite avec le plus grand soin, réveilla un venin jusqu'alors assoupi, et procura le développement d'une diathèse cancéreuse générale et locale, à laquelle ces deux infortunées succombèrent au milieu des plus horribles souffrances.

Si dans ce premier travail j'ai présenté cette maladie sous son aspect le plus dangereux; si dans une situation si pénible, le praticien est réduit à une inaction prudente; s'il est condamné à voir périr le malade, mais plus rapidement encore sous l'action du tranchant de son instrument, je dois dans ce second opuscule le placer au milieu de circonstances moins douloureuses, et lui montrer des ressources salutaires contre

de semblables altérations. Le cancer, ainsi que nous l'avons déjà vu, peut être en effet une affection purement locale ; les désordres dont la partie qui en est le siége est affligée peuvent dépendre exclusivement d'une cause extérieure. Un traitement peu rationnel, des applications intempestives, en donnant à l'inflammation d'un organe une direction vicieuse, peuvent en avoir interverti la marche; et si cet organe offre naturellement une conformation délicate, un tissu serré, comme la peau et les ganglions, est-il étonnant que les sucs dont ils sont pénétrés éprouvent un obstacle à leur libre circulation, qu'il y ait stagnation plus ou moins prolongée, et qu'enfin on ne voie s'établir cette induration plus ou moins profonde, qu'on peut considérer comme le premier pas vers le cancer?

Quelle que soit du reste la transformation qu'éprouvent les parties qui en sont atteintes, que sa marche soit lente ou précipitée, il est rare que son vrai caractère échappe à l'œil du praticien attentif : un *facies* particulier lui en dénote la présence et la nature; et quand il l'a parfaitement étudiée, il faut qu'il s'empresse d'en demander l'extirpation. C'est toujours dans une exécution prompte que consiste le succès. Quelquefois un léger retard a compromis la vie des malades, car le cancer négligé exerce sur le reste de l'organisme une influence puissante, et de local qu'il était, peut propager intérieurement l'altération à tous les tissus. A l'appui de ce précepte nous allons communiquer les observations suivantes.

I.re OBSERVATION.

M.me P***, alors âgée de seize ans, reçut une contusion assez forte sur le sein droit. Une pudeur mal entendue l'empêcha de parler du mal qu'elle avait éprouvé ; elle en fit même un secret à sa mère. Les premières douleurs s'éteignirent, et la malade se crut guérie. Au bout de quelques mois, elle sentit en se laçant que le corset la gênait plus que de coutume ; cette gêne se faisait plus particulièrement remarquer au côté primitivement frappé. En le touchant, elle crut y reconnaître un peu de dureté et d'engorgement. Sa santé, jusqu'alors inaltérable, l'aveugla encore sur cette circonstance, et ce ne fut qu'après une année de douleurs assez vives, qu'elle avertit ses parens. Déjà une tumeur assez sensible faisait saillir la peau :

la pression en était douloureuse, et bien qu'on n'y trouvât aucune adhérence, de temps en temps quelques légers élancemens s'y faisaient sentir. C'est à cette époque seulement que je fus consulté. La tumeur avait le volume d'une grosse amande; mobile, séparée des tissus environnans, mais assez dure pour ne pas permettre d'espérer sa résolution. L'idée d'une opération effraya cependant la famille, et pour l'éviter je mis en usage nos ressources chirurgicales. Tout fut inutile, une année se passa encore sans résultats; et comme la malade devait bientôt se marier, les parens se décidèrent à suivre mes conseils. La tumeur fut facilement extraite, et examinée avec soin; elle offrit un commencement bien évident de cette altération de tissu, de cette transformation organique qu'on appelle *lardacée*. La plaie, de deux pouces de longueur, réunie par première intention, se cicatrisa au bout de quelques jours, et la guérison fut aussi rapide que bien établie. Depuis lors M.me P*** a eu deux enfans qu'elle a allaités elle-même du côté sain, sans avoir jamais éprouvé dans les mamelles la moindre douleur en harmonie avec le souvenir de sa première incommodité.

2.e OBSERVATION.

M.lle Esp***, de Lavaur, âgée de 15 ans, d'un tempérament sain en apparence, vit sans cause connue se développer dans le sein droit une tumeur qui d'abord ne lui donna aucun sujet d'inquiétude, car elle était sans douleur. Elle semblait profondément située dans cet organe, qu'elle soulevait en masse et qu'elle distendait d'une manière uniforme. Bientôt son volume devint effrayant: la peau distendue était luisante, rougie; les veines variqueuses en sillonnaient la surface, et sa pesanteur, chaque jour accrue, rendait sa présence insupportable.

Cette jeune personne me fut alors présentée. A l'aspect seul de sa maladie, à son énorme développement, il me fut facile de reconnaître la nécessité d'une opération, moyen unique dont on dût réclamer le secours. La tumeur, en effet, avait huit pouces de hauteur, sur six pouces de largeur; elle faisait au-devant du thorax une saillie proportionnée; les tégumens inégalement bosselés dans quelques parties, offraient çà et là des traces d'ulcération; plusieurs fois des douleurs lancinan-

tes légères s'y faisaient ressentir. Mais l'aisselle correspondante était saine, sans tuméfaction ganglionnaire, sans traînée glanduleuse, et le moral de la malade était bien disposé.

Quelques jours de préparation me parurent indispensables; je procédai ensuite à l'extirpation de la tumeur, en enlevant, comme on le pense bien, une énorme étendue de tégumens qui la recouvraient et avec lesquels elle avait contracté des adhérences intérieures. La plaie fut par conséquent énorme, et la perte de substance trop forte pour opérer la réunion immédiate; aussi elle n'eut point lieu. Une abondante suppuration accompagna les pansemens qui devinrent nécessaires et fréquens; et quoique cette solution de continuité ait été fort long-temps à se cicatriser, surtout, comme cela arrive toujours, dans ses dernières parties, aucun accident n'en contraria la marche, et la guérison fut aussi solide qu'inespérée. Voilà plus de douze ans qu'elle a eu lieu, et la personne que j'ai, souvent vue, jouit encore d'une santé parfaite.

Après l'extirpation de la tumeur, j'en examinai avec soin la structure. Plusieurs substances nouvellement formées, la composaient. Là, il y avait le tissu lardacé; là, le tissu ganglionnaire abcédé; plus loin, des kystes lymphatiques laissaient échapper à leur ouverture une liqueur jaune et visqueuse; enfin, j'y reconnus quelques élémens du tissu cartilagineux. Du reste, elle me parut appartenir à cette espèce de carcinôme la plus favorable au succès d'une opération, qu'on appelle *enkystée*, et elle pesait six livres et demie.

3.e OBSERVATION.

Une dame de Caussade, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgée de 45 ans, avait reçu depuis plusieurs années un coup au sein droit. Arrivée à l'âge critique, elle ressentit dans cette partie des douleurs plus vives. Le toucher le plus léger en augmentait la violence, et malgré le traitement qu'on employa pour les combattre, elle vit se développer un engorgement qui fit peu à peu des progrès considérables, et l'obligea à réclamer mes conseils. La forme et l'ancienneté de la maladie, la couleur de la peau qui commençait à s'altérer, la rétraction forte du mamelon qui disparaissait sous son auréole, l'impuissance des applications jusqu'alors employées, m'indiquèrent assez la nature de cette affection, et le seul remède auquel je dusse

recourir, avec d'autant plus de confiance, que l'altération de la glande mammaire était individuelle, et que l'ensemble du système en général était parfaitement conservé. L'opération fut donc faite quelques jours après, et n'offrit rien de remarquable dans son exécution. La dissection de la tumeur ne laissa aucun doute sur la nécessité de l'opération, car le tissu lardacé en formait la base. Un mois après, la malade était de retour dans son pays. J'ai souvent eu l'occasion de la revoir depuis quinze ou seize ans qu'elle a été opérée : sa santé a été parfaite, aucune douleur, aucun élancement n'ont reparu dans l'endroit cicatrisé ; et cette dame a succombé, il y a seulement une année, à un catharre pulmonaire suffocant.

4.e OBSERVATION.

A la suite d'une pression forte du scrotum, M. T***, âgé de 45 ans, d'un tempérament sanguin, voit l'organe testiculaire droit s'engorger et devenir le siége de douleurs assez vives. Ne prévoyant pas cependant les suites de cet accident, il n'y apporte pas tous les soins qu'il réclame ; le repos surtout, si nécessaire dans un cas semblable, n'est pas régulièrement observé, et malgré les cataplasmes émolliens, les sangsues, les demi-bains, la tumeur grossit, devient dure, inégale, raboteuse, siége de douleurs lancinantes, et accompagnée jusqu'au canal inguinal, de la tuméfaction du cordon spermatique ; les reins eux-mêmes sont douloureux, et le plus léger exercice rend cette souffrance plus vive.

Alors seulement je fus appelé auprès du malade, lequel m'engagea à lui donner mes soins, conjointement à ceux qu'il recevait de son médecin ordinaire. Je ne lui cachai pas le peu d'espérance que j'avais de pouvoir produire la résolution de cette tumeur. Je lui proposai l'opération, qu'il refusa, voulant d'abord tout essayer avant de s'y soumettre. Pendant trois mois, en effet, nous mîmes en usage les saignées locales, les cataplasmes émolliens, les frictions mercurielles, le repos absolu ; mais, ainsi que nous l'avions annoncé, la maladie fut opiniâtre, car déjà les tissus étaient transformés et la dégénérescence lardacée parfaitement établie.

Cependant ce traitement, tout insuffisant qu'il fût quant à la curation définitive, contribua puissamment à faciliter, à préparer le succès de l'opération. Un dégorgement remarquable

eut lieu sous son influence dans les enveloppes testiculaires, dans le cordon qui part du testicule même, et la lésion de ce cordon, que nous avions de prime abord jugée beaucoup plus étendue, se bornait à un pouce après sa sortie de l'organe. L'opération fut pratiquée suivant les règles proposées par *Dupuytren*. La ligature du cordon fut faite en totalité avant la section, et la plaie instantanément réunie. Rien ne contraria la marche de la cicatrice, si ce n'est la chute de la ligature qui se fit long-temps attendre. Mais ici, comme dans les autres cas déjà cités, la cause du cancer disparut avec le cancer lui-même, car l'opération est faite au moins depuis douze années, et depuis cette époque aucun accident, aucune altération de la cicatrice n'en a affaibli le succès.

Comme on le voit, j'ai mis un grand intervalle entre l'époque où ces opérations ont été pratiquées et le récit des guérisons qui en ont été la suite : je n'ai pas voulu, sous ce rapport, laisser le moindre doute sur leur certitude. Cette affection, en effet, est exposée à des récidives fréquentes. On croit souvent avoir opéré avec bonheur; tout semble assurer la réussite, la cicatrice obtenue avec facilité présente les caractères d'une longue durée, et au bout de quelques mois, d'une année même, tout espoir s'évanouit ; les désordres locaux, qui semblaient avoir disparu pour toujours, se réveillent, et les nombreuses végétations qui s'élèvent de la portion frappée, viennent réclamer de nouveau l'usage de l'instrument, ou prouver la malheureuse impuissance de l'art. Qui pourrait oublier à cet égard les observations de Desault sur le traitement par les mèches graduées, c'est-à-dire par la compression progressive, des carcinômes du rectum? Alors, comme aujourd'hui, les journaux aimaient à publier leur guérison miraculeuse; alors, comme aujourd'hui, des écrivains s'empressaient de recueillir les faits et de les lancer avec précipitation dans le domaine public ; mais alors, comme aujourd'hui, l'expérience démentait souvent leurs assertions : car tandis que le journal du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris propageait avec enthousiasme la bonté de la méthode par la compression, et les prétendues guérisons produites par son usage, les malheureux sur lesquels ces mèches avaient été appliquées, trompés dans leurs espérances par une guérison passagère,

fuyaient les salles de douleur des premières opérations, et allaient chercher dans un autre hôpital de la capitale d'autres secours et un lit pour y terminer leur pénible existence.

De semblables résultats ne sont pas à craindre pour les individus dont j'ai raconté l'histoire; un trop grand nombre d'années s'est écoulé depuis la formation de la cicatrice, pour avoir à en redouter la rupture. Plusieurs d'entr'eux ont depuis lors procréé des enfans parfaitement sains, et l'harmonie complète de leurs fonctions dénote bien que chez eux le mal n'affectait les tissus que d'une manière locale, que le système général en était entièrement exempt, et que l'opération, faite dans les circonstances les plus favorables, en a détruit à la fois la cause et les effets.

A Messieurs les Rédacteurs-Gérans.

Messieurs,

J'ai reçu de M. Dubreuil, professeur de la faculté de médecine de Montpellier, plusieurs observations sur le cancer, que j'ai l'honneur de vous adresser. Ces observations m'ont paru remplies de cet intérêt qui s'attache à des faits soigneusement recueillis, et à toutes les productions d'un médecin aussi éminemment distingué dans sa pratique.

Ducasse.

Monsieur et très-honoré Confrère,

L'expérience d'un médecin habile sur un sujet aussi controversé que l'est aujourd'hui le cancer, considéré dans sa nature et les indications thérapeutiques qu'il présente, ne peut manquer d'inspirer de l'intérêt : aussi, parmi les travaux publiés dans le premier numéro du journal médical de Toulouse, votre mémoire a-t-il surtout fixé mon attention.

La trente-huitième sentence d'Hippocrate, consignée dans la sixième section de ses Aphorismes, m'avait depuis long-temps donné à penser, comme formulant une des plus tristes et des plus importantes vérités de l'histoire du cancer. Je partage pleinement votre opinion sur la signification du mot κρυπτοὶ, *occultes, cachés*, mot conçu et traduit dans un sens trop restreint par les commentateurs du vieillard de Cos. Par l'expression κρυπτοῖσι, il entendait donc l'affection cancéreuse générale, et non, comme on l'a répété, le cancer occulte, ou plutôt le squirrhe recouvert de tégumens encore sains. — Elle n'est guère soutenable l'arbitraire dis-

tinction du cancer en occulte ou ulcère : comme si l'ulcération n'était pas une circonstance et non un caractère essentiel.

Par le mot θεραπεύω, *traiter*, Hippocrate proscrivait-il toute espèce de traitement, ou seulement les moyens chirurgicaux? Quoiqu'il ait donné sur quelques points de chirurgie des préceptes dont le temps a perpétué la valeur, à l'époque où il vivait la nécessité était la seule loi en chirurgie, et les opérations ne pouvaient être assujéties à des règles précises.

Mais abordons la partie pratique de votre travail. Et moi aussi, j'ai long-temps cru à la localisation du cancer, quand de nombreux mécomptes m'ont persuadé que les cancers locaux sont rares, assez même pour constituer l'exception, alors que l'affection cancéreuse générale, qui peut être latente avant l'ablation du mal, se manifeste aussitôt après. — La cachexie cancéreuse peut exister mystérieusement, sans retentissement dans l'organisme, offrir une sorte d'incubation prolongée, à la condition toutefois de se porter sur une partie circonscrite, qui, suivant l'expression plus énergique que juste des anciens, lui servirait de pâture. Après une scrupuleuse investigation des fonctions et des instrumens qui y concourent, l'art intervient-il par une opération? le plus souvent la maladie repullule avec une effrayante rapidité, et l'infection cancéreuse générale enlève le sujet? Quel praticien n'a déploré la difficulté de saisir au milieu des signes indiquant une santé prospère, quelques traits propres à faire présumer ou découvrir l'état cachectique?

D'un autre côté, un cancer local ne peut-il à la longue infecter l'économie? La science du diagnostic semble réduite ici à une sorte de divination. L'adage si souvent répété, *meliùs anceps quàm nullum*, ne peut être admis comme excuse, car l'opération n'est pas un acte innocent par lui-même quand il devient l'occasion de l'explosion de la cachexie. C'est l'opération qui vient tardivement administrer la preuve que le cancer est, dans la majorité des cas, une affection constitutionnelle. Loin de moi la pensée de fataliser ici notre art, qui ne l'est déjà que trop, quand il s'agit du cancer, et de rejeter indistinctement toute opération; je veux seulement répéter qu'un moyen aussi énergique ne peut être que d'une application délicate, et ne doit être tenté qu'après mûre réflexion.

Il faut l'avouer, c'est une rude école que celle des faits, et surtout des faits malheureux. Par une tendance assez naturelle, on préfère publier les succès que les revers, et l'on oublie que la connaissance de ceux-ci pourrait les faire éviter en semblable circonstance.

Imitant l'exemple que vous nous avez donné, je viens mettre au jour des insuccès que rien ne devait présager avant des opérations où toutes les chances semblaient avoir été sérieusement calculées.

1.re OBSERVATION.

M.me D***, âgée de 32 ans, d'un tempérament sanguin, mariée, mère de deux enfans bien portans, qu'elle a nourris, s'aperçut il y a six ans d'une tumeur dure, indolente, mobile, de la grosseur d'une petite noix, et placée sous la peau du sein droit. M.me D*** ne peut assigner une cause à sa maladie, dont elle suppose le développement spontané. Néanmoins, malgré un traitement interne rationnel, de fréquentes saignées locales, l'emploi d'applications émollientes, la tumeur fait dans un an des progrès rapides, puisqu'elle égale en volume un œuf de poule.

Inquiète de son état, c'est à Montpellier que M.me D*** se rend pour réclamer des soins. Dans une consultation à laquelle assistait notre Delpech, il fut unanimement décidé que désormais l'opération devenait le seul moyen à employer. La malade avait conservé sa fraîcheur et son embonpoint, la menstruation n'avait pas cessé d'être régulière, les fonctions s'exécutaient comme dans l'état d'une parfaite santé. Les tégumens recouvrant la tumeur étaient sains. En prenant de l'accroissement, elle était devenue adhérente aux parties voisines et offrait une dureté extrême; il n'existait pas d'engorgement dans les ganglions axillaires.

Après quelques jours de préparation, la malade fut soumise à l'opération, que je pratiquai. Elle ne présenta aucune circonstance particulière; je n'eus à lier qu'une branche de la thorachique superficielle: la tumeur était renfermée dans un kyste fibro-séreux, qui fut soigneusement disséqué.

Il importe de faire observer qu'elle n'avait pas son siége dans la glande mammaire, que j'entamai, et qui, bien qu'atrophiée par la compression, était saine. La tumeur siégait dans le tissu cellulaire qui sépare les tégumens de la glande. L'inspection de la tumeur nous démontra un tissu homogène, d'un blanc satiné et traversé dans une partie de son étendue par les zônes fibreuses: on ne pouvait y méconnaître les caractères d'un véritable *squirrhe*, qui, soumis à l'analyse chimique, s'est trouvé presque entièrement formé d'albumine concrète. La plaie qui succéda à l'opération fut réunie par première intention. La réaction se maintint dans de justes bornes, quand au deuxième jour une métrorrahgie abondante eut lieu, et s'arrêta naturellement. Au bout de trois semaines la cicatrisation était achevée; un cautère fut ouvert au bras, et M.me D*** retourna dans son pays.

Trois mois s'étaient à peine écoulés, que des douleurs profondes et lancinantes se font sentir au pourtour de la cicatrice, qui se déchire et laisse bientôt paraître une masse fongueuse, saignant au plus léger attouchement. L'autre sein devint le siége d'une tumeur de même nature que celle enlevée: les ganglions axillaires sont engorgés des deux côtés; une toux sèche tourmente sans cesse la malade. Quand elle re-

vint à Montpellier, où son médecin ordinaire l'avait renvoyée, lui donnant des espérances qu'elle ne pouvait plus partager, elle était méconnaissable. Minée par la fièvre hectique, les cancers mammaires marchaient d'une manière aiguë; la peau était sèche et terreuse, on eût dit enfin tout l'organisme infecté du virus cancéreux. M.me D*** retourna auprès de sa famille, où elle ne tarda pas à expirer, après une longue et cruelle crise.

Quel contraste entre la position de la malade au moment où elle vint réclamer les secours de la chirurgie, et trois mois après, quand cette fois l'art ne pouvait plus rien pour elle! Certes, si des espérances de succès devaient couronner une opération, ce devait être quand nous l'entreprîmes, et cette illusion fut partagée par de savans collègues. Tout indiquait ici un mal local; un kyste enveloppant la tumeur, était comme une sorte d'isoloir préservant de toute atteinte les parties voisines. Et pour dire ici notre pensée toute entière, cette opération, regardée comme seul moyen, a activé un mal qui pouvait permettre une plus longue existence, et a provoqué l'infection générale.

2.e OBSERVATION.

Un homme de 48 ans, d'un tempérament nerveux, était atteint d'hépatite chronique avec ictère. Un mieux sensible et inespéré avait eu lieu sous l'influence d'un traitement prescrit par le docteur Chrestien, quand le malade nous sollicita de le débarasser d'une tumeur sous-cutanée, mobile, du volume d'une petite noix, et située à la partie supérieure et moyenne de la région sacrée. Ne voyant pas d'inconvénient à me rendre au désir du consultant, j'entrepris l'opération. J'avais cru la tumeur de nature stéatomateuse, elle était formée par de la matière encéphaloïde akystique; mais ce qui dût me surprendre fût la quantité du sang artériel qui s'écoula. Deux heures après l'application de l'appareil, une hémorragie abondante eut lieu; le sang sortait en nappe, sans qu'il fût possible de lier les vaisseaux, en raison de leur capillarité.

Le malade fut placé sur le ventre, et durant quarante heures, la main d'un aide exerçait la compression. Si on la cessait momentanément, l'hémorragie reparaissait. Des chairs fongueuses pullulèrent par la plaie, qui s'agrandissant chaque jour, offrait un aspect qui ne permettait pas de méconnaître le caractère du mal. Le sujet succomba un mois après l'opération.

Ce fait est assez significatif pour me dispenser de tout commentaire. L'opération ne devait pas être pratiquée: elle a été la cause d'accidens qui ne se seraient peut-être que tardivement développés. C'est un phénomène bien digne d'attention que cette vascularité accidentelle morbide qu'acquièrent certaines parties, certains organes par la présence du cancer. La ténuité des vaisseaux sanguins, leur nombre insolite dans

l'observation précédente, m'a fait présumer qu'ils étaient de nouvelle formation.

Si c'était ici le lieu d'établir les caractères anatomico-pathologiques du cancer, j'insisterais pour démontrer que leur grande différence est surtout dans la vascularité.

3.e OBSERVATION.

M. le baron D*** avait atteint 74 ans, exempt de toute infirmité, et conservant une vivacité d'esprit et une fraîcheur de mémoire remarquables. Depuis quelque temps, il éprouvait de la douleur dans l'acte de la mastication et de la déglutition. Il s'aperçut d'un gonflement à la partie interne et postérieure de la joue gauche, gonflement qui ne tarda pas à s'étendre jusqu'au voisinage du pilier postérieur du voile du palais. L'état général étant satisfaisant, M. D*** négligea un mal qu'il regardait comme léger. Cependant les symptômes prirent de l'intensité, et le malade fut réduit à ne faire usage que d'alimens liquides. Un médecin appelé pensa que l'avant-dernière dent molaire gauche, dont la couronne déjetée en dehors offrait des aspérités, pouvait avoir occasionné la maladie de la bouche. Cette opinion parut d'autant plus vraisemblable, que la tuméfaction de la joue avait commencé dans la région correspondante à la dent. Elle fut extraite sans amener d'amélioration. Des caustiques furent à diverses reprises appliqués à la partie interne de la joue.

Le caractère de l'affection de M. D*** avait été positivement déterminé par les confrères éclairés qu'il avait consultés et qui réclamaient l'opération comme urgente. Quand le malade se présenta à moi, je constatai l'existence d'une tumeur cancéreuse située sous la muqueuse buccale (côté gauche et inférieur) qu'elle soulevait, et offrant peu de relief à l'extérieur de la joue. La muqueuse paraissait saine, l'épithésis était détaché dans quelques parties de son étendue. Les limites de la tumeur étaient en avant la commissure de la lèvre, et en arrière le pilier postérieur du voile du palais. Les glandes salivaires, les ganglions cervicaux, ne présentaient pas le moindre engorgement. Les fonctions s'exécutaient comme dans l'état normal, seulement la déglutition était pénible. La maladie datait d'un an. Sceptique en médecine, le baron D*** avait rejeté toute espèce de traitement; il s'était depuis long-temps soumis à un régime sévère. Je me décidai à pratiquer l'opération. A l'aide d'un instrument tranchant, j'incisai la muqueuse d'arrière en avant, et disséquai dans le même sens la tumeur formée de matière squirrheuse. Je promenai deux cautères incandescens sur le lieu qu'elle avait occupé. L'opération fut supportée avec un grand courage; les accidens consécutifs ne présentèrent rien de particulier, et au bout de peu de temps la cautérisation était complète. Sept mois après, la maladie reparut et entraîna la mort.

4.e OBSERVATION.

M.me X***, tempérament nerveux, âgée de 61 ans, mère de famille, avait toujours joui d'une bonne santé; mais depuis six mois une tuméfaction considérable, douloureuse, occupait la grande lèvre droite et la partie inférieure de l'ouverture du vagin du même côté. Des ulcérations indiquant une affection cancéreuse, avaient détruit une partie de la muqueuse tapissant la face interne de la grande lèvre. Les soins assidus d'un médecin distingué n'avaient pu enrayer les progrès du mal. Appelé en consultation, je m'assurai au moyen du *speculum uteri* que l'affection était bornée aux parties dont je viens de parler. L'état général était dans une sorte d'opposition avec la maladie locale, qui par ses progrès devait avoir une funeste issue. L'opération fut proposée comme unique ressource, et en s'y soumettant, M.me X*** céda aux prières de ses enfans, qui espéraient par ce moyen conserver les jours d'une mère chérie. J'enlevai la grande lèvre, dans une étendue assez considérable. C'était du tissu encéphaloïde qui s'y était développé. J'incisai à droite une portion de l'orifice du vagin, empiétant toujours sur les parties saines. J'appliquai à diverses reprises le cautère actuel sur les surfaces divisées. La malade fut prise d'accidens nerveux qui cédèrent bientôt à une potion opiacée. La plaie ne se cicatrisa jamais entièrement, quoique l'on pût quelque temps après l'opération concevoir un espoir qui ne fut que passager.

Le confrère aux lumières duquel était confiée M.me X***, qui habitait une ville éloignée de Montpellier, ne tarda pas à m'apprendre que le cancer avait reparu avec une désolante intensité, qu'il s'était porté sur les ganglions inguinaux, et que la malade avait succombé dans d'atroces douleurs.

DUBREUIL.

CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE TOULOUSE pendant le mois d'Août 1837,

PAR M. D. BERNARD.

Malgré les variations brusques de la température, qui presque tout-à-coup est descendue de 29° R. à 7°, les maladies qui ont régné pendant le mois d'Août ont beaucoup de rapport avec celles que nous avons signalées le mois précédent.

Comme on l'observe généralement à Toulouse, le mois d'Août est celui durant lequel les affections du tube digestif se montrent sous toutes les formes et à tous les degrés qu'elles comportent. Aussi les entérites nous sont-elles apparues tantôt, et ce sont les cas les plus nombreux, sous la forme de diarrhées,

avec ou sans coliques, et dégénérant souvent, surtout chez les enfans, en un dévoiement dont il est quelquefois difficile de se rendre maître. Beaucoup de jeunes malades ont succombé sous les coups de cette fâcheuse complication.

Dans quelques cas, l'entérite affectant principalement les gros intestins, a donné lieu à des dysenteries en général moins nombreuses et moins meurtrières que celles des années précédentes.

Les maladies de l'estomac ont été moins fréquentes que celles de la partie inférieure du tube digestif; cependant quelques praticiens ont observé des fièvres bilieuses, des gastrites légères, et enfin des vomissemens coïncidant la plupart du temps avec les coliques et les diarrhées.

A ces différens états morbides, et guidé par un éclectisme à la fois prudent et sage, on a opposé avec succès plusieurs méthodes de traitement : c'est ainsi que le régime, le repos, les boissons adoucissantes, la méthode expectante en un mot, ont suffi dans la plupart des cas pour enrayer la marche des symptômes. Le traitement antiphlogistique, a souvent réussi dès le début, mais n'a pas toujours amené une guérison complète. Dans ces cas, les opiacés administrés, soit à l'intérieur, soit en lavemens, et quelquefois unis à l'ipécacuanha, sont parvenus à arrêter les diarrhées les plus rebelles. Les émétocathartiques, les purgatifs, ont été souvent utiles.

Les fièvres intermittentes, déjà très-nombreuses pendant le mois de Juillet, se sont encore montrées d'une manière plus générale pendant ce mois-ci. On a signalé des types de toute espèce. Les fièvres intermittentes pernicieuses céphaliques ont sévi sur plusieurs malades d'une manière vraiment terrible et souvent funeste. Le sulfate de quinine, employé avec méthode, et souvent à très-forte dose, a presque constamment amené d'heureux résultats. Les récidives ont été ce mois-ci moins nombreuses que pendant le mois de Juillet.

Je crois devoir rapprocher des fièvres pernicieuses encéphaliques les nombreux cas d'apoplexie foudroyante qui se sont montrés, et contre lesquels les médications les plus énergiques et les mieux dirigées ont presque toujours échoué.

Les angines ont été nombreuses, surtout les amygdalites; elles n'ont d'ailleurs offert rien de remarquable : le traitement antiphlogistique a toujours été couronné de succès.

Les affections de poitrine ont été peu nombreuses; on a cependant cité un cas de pneumonie aiguë vraiment remarquable, et dans lequel l'apparition d'un érysipèle à la face est venue dissiper les symptômes de la lésion du poumon. Dans quelques cas de pneumonie bilieuse, les évacuans ont réussi, mais administrés après l'usage des antiphlogistiques.

L'épidémie de variole et de varioloïde, signalée déjà pendant le mois précédent, a continué sa marche. La variole a sévi cruellement et a occasionné la mort d'un grand nombre d'enfans. Il est important, je crois, de faire observer que l'on doit attribuer cet affligeant résultat aux complications encéphaliques.

A ce tableau des affections diverses qui ont dominé la constitution médicale du mois d'Août, je dois joindre cette infinité de maladies qui n'établissent point la constitution médicale, mais qui cependant se montrent toutes les années avec des caractères plus ou moins prononcés, suivant la saison régnante : telles sont les rhumatismes aigus, les courbatures avec ou sans fièvre, les éruptions anomales, les scarlatines, les rougeoles, quelques catarrhes légers, l'ictère, toutes affections qui ont régné avec un caractère de bénignité dont il est facile de se rendre compte en réfléchissant à l'état atmosphérique sous l'influence duquel elles se sont développées.

Les variations du baromètre ont été peu sensibles pendant le mois qui nous occupe ; il n'en a pas été ainsi, comme je l'ai déjà dit, des variations thermométriques. En effet, aux jours les plus chauds de l'année, constatés par 29° R., a succédé un abaissement remarquable dans la température, puisque le thermomètre est descendu à 7°. En outre de cela, la pluie, très-rare pendant les mois de Juin et de Juillet, est tombée en abondance pendant dix jours consécutifs.

Quelle conséquence pratique pourrait-on tirer des deux termes de la proposition; c'est-à-dire, que conclure des rapports qui existent entre les maladies signalées et les variations atmosphériques? Cette question a quelque chose de pénible pour un esprit tant soit peu logique; car je sens qu'il nous est, quant à présent, impossible d'y répondre. Plus tard, et lors de notre résumé général, nous verrons si ce genra de travail peut

être utile, et enfin s'il pourra corroborer, infirmer, modifier ou détruire les théories anciennes sur les constitutions et les maladies régnantes.

Tableau météorologique du mois d'Août 1837.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. E.	O. N. O.	S. O.	
76 c	75 c 10 m	29 o	7 o	4 j.	20 j.	7 j.	12 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Sur la cure radicale de l'Hydrocèle, par M. M. Mayor.

Vider la poche vaginale, empêcher la reproduction du liquide qu'elle contient : tel est le but qu'on se propose dans la cure radicale de l'hydrocèle. Pour y parvenir, trois conditions sont essentiellement nécessaires : 1.° donner une issue au liquide ; 2.° développer dans la tunique vaginale une inflammation qui la fasse adhérer dans toute sa surface au testicule ; 3.° surveiller les progrès de l'inflammation, en régulariser la marche. L'auteur remplit les deux premières conditions de la manière suivante : il plonge d'abord le trocart ordinaire dans la poche vaginale, d'après les règles que tout le monde connaît ; mais au lieu de retirer le poinçon pour permettre au liquide de s'écouler, il baisse le poignet, fait cheminer l'instrument de bas en haut dans l'intérieur de la poche, qu'il perce de nouveau de dedans en dehors dans un point supérieur plus ou moins éloigné de celui de la première ponction : alors seulement il retire le poinçon, qu'il remplace par un fil qu'un stilet éguillé a conduit dans la canule. Ainsi armée, il ramène la canule dans l'intérieur de la poche vaginale, qu'il vide cette fois, et la retire. Le fil reste en place, ses deux extrémités sont nouées d'une manière lâche et rejetées sur le côté. Une portion de l'anse que ce dernier forme, en contact permanent avec la tunique vaginale et le testicule, doit nécessairement y développer une inflammation : seconde condition. La troisième est dévolue à la sagacité du praticien. Ce procédé opératoire, très-simple et très-facile à exécuter, séduit d'abord ; mais n'est-il pas à craindre que le fil, plus ou moins long-temps en contact avec des organes éminemment sensibles, et par cela seul très-irritables, ne les

surexcite et ne détermine la dégénérescence de la simple inflammation adhésive du testicule en un engorgement trop considérable et difficile à résoudre, ou en dépôts? L'auteur l'a prévu, puisqu'il appelle toute la sollicitude du praticien sur cette troisième condition. D'un autre côté, le contact du fil n'étant pas assez prolongé, l'inflammation pourra n'être que partielle : de là adhésion d'une seule portion de la poche et reproduction de la maladie. Du reste, le moyen proposé est très-rationnel; il n'est nouveau que par la forme. C'est un composé, un diminutif mieux entendu du séton des anciens et du traitement par la canule de M. Larrey. Nous avons manifesté quelques craintes, mais l'auteur nous rassure en affirmant que son moyen a pour lui la sanction de l'expérience.

Nouveau mode de traitement de l'Hydrocèle, à l'aide de l'acupuncture, par MM. Lewis et Travers.

Le nouveau mode de traitement de l'hydrocèle que ces deux célèbres praticiens proposent, est bien plus simple que celui de M. Mathias Mayor; il ne demande aucuns soins consécutifs, et n'offre aucun danger. L'indication à remplir est d'épancher le fluide vaginal dans le tissu cellulaire lâche des enveloppes du testicule, et de laisser à la nature les autres frais de la guérison, dont la condition rigoureuse, par cette méthode, est l'intégrité de structure de la tunique séreuse testiculaire.

L'aiguille, préalablement graissée, est enfoncée tout d'un coup, ou progressivement en la faisant tourner entre les doigts, jusques dans l'intérieur de la poche : un sentiment de résistance vaincue en donne conscience. Il est alors essentiel d'imprimer à l'aiguille des mouvemens de rotation pour tâcher d'agrandir l'ouverture interne et l'empêcher de se fermer. Après l'avoir retirée, on fait des applications résolutives sur la tumeur. Il ne faut pas que la sérosité s'écoule au dehors; il suffit d'en voir poindre une gouttelette à la surface du scrotum. Le trou extérieur s'oblitère bientôt; mais le trou intérieur reste béant, et donne continuellement passage à des gouttes de liquide qui vont successivement infiltrer le tissu cellulaire lâche des bourses. Sans aucune douleur, la tunique vaginale se vide et l'œdème augmente; la tuméfaction devient générale dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures.

A proportion que la tunique vaginale se vide, comprimée par le liquide infiltré par l'action du cremaster, et resserrée par sa contractilité de tissu, elle revient sur elle-même et se moule sur le testicule. Au bout de six jours, la résorption s'est opérée, et le malade est radicalement guéri.

Quoique dans la majorité des cas une seule piqûre suffise, néanmoins si l'extravasation tarde à se faire, il est prudent d'en pratiquer une seconde, une troisième, ou un plus grand nombre. Si la première opé-

ration ne réussit pas, ou peut en tenter une seconde, qui amène presque toujours une *cure* radicale.

Application du Nitrate d'argent solide dans le traitement de la Gonorrhée chez la femme, par M. Hannay.

Quand on songe à la durée de cette maladie chez la femme, aux inflammations circonvoisines qu'elle occasionne, au dégoût qui y est attaché, et à la difficulté de la guérir, on doit regarder comme une bonne fortune l'agent thérapeutique qui en triomphe sûrement et promptement. M. Hannay, ayant observé que des cas de gonorrhée avec ulcération du vagin avaient rapidement cédé à l'application du nitrate d'argent fondu, en étendit l'usage aux gonorrhées simples, et fut frappé de la rapidité des succès qu'il obtint. Sur trois cents cas, une seule application du nitrate a suffi deux cent quatre-vingts fois. Il introduit un bâtonnet de nitrate d'argent dans un tuyau, en le laissant toutefois saillir d'un demi-pouce; l'y assujétit fortement avec du fil, et le porte aussi haut que possible dans le vagin, même jusqu'au museau de tanche Il s'inquiète peu que le bâtonnet casse; il n'en est jamais résulté d'accidens. Ne serait-il pas plus facile et plus commode de cautériser le vagin à l'aide d'un *speculum uteri?*

Emploi du Tabac dans l'Hydropisie et dans la Dysenterie, par le docteur Sigmond.

M. Fewler a reconnu dans le tabac des propriétés diurétiques qu'on était loin de soupçonner; il l'a mis en usage dans trente et un cas d'hydropisie, dont dix-huit malades ont été guéris et dix soulagés. Dans la dysenterie, sur dix-huit malades il en a guéri dix radicalement; sept ont été bien soulagés. Il l'emploie en teinture ou en vinaigre, dont la *dose* est de vingt gouttes dès le début. — Cette médication pourrait être dangereuse sous le ciel du Midi.

Asthme thymique, par M. William Hughes.

Un enfant, âgé de neuf mois, était affecté d'une coqueluche dont les accès allaient souvent jusqu'à la suffocation. Après l'expuition de quelques crachats visqueux, il reprenait toute sa gaîté, et il marchait même vers une amélioration sensible, lorsqu'une nouvelle attaque le foudroya en quelques minutes.

L'ouverture du cadavre démontra une hypertrophie du thymus qui, remplissant tout le médiastin antérieur, comprimait les tubes bronchiques, couvrait par sa partie inférieure la pointe du cœur, et adhérait fortement au péricarde. La glande, de couleur naturelle, pesait 8 gros et 5 grains.

Traitement du Psoriasis par la Pommade de goudron, par M. Emery.

Depuis que l'on s'occupe sérieusement des maladies de la peau, une infinité de médicamens sont venus en enrichir la thérapeutique. Chaque praticien travaille à l'envi pour trouver un spécifique : on torture une substance déjà employée en lui faisant subir mille et une métamorphoses. Si, après de nombreux tâtonnemens, on est assez heureux pour rencontrer une préparation qui compte plusieurs succès dans une même espèce de dermatose, aussitôt le nouveau phénix court le monde, jusqu'à ce que, jeté dans le creuset de l'expérience, il est arrêté dans sa course, et réduit à sa juste valeur. Depuis l'axonge jusqu'à la suie, il n'est pas de pommade, de liniment antiexanthémateux, dont on n'ait retiré quelques avantages : mais est-il un médicament qui, sans cesse interrogé pour la même affection cutanée, réponde constamment à nos désirs? Naguères on n'aurait pas craint de le nier ; aujourd'hui M. Emery répond, dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du 15 Août, que la pommade de goudron est jusqu'à présent la seule préparation pharmaceutique avec laquelle on guérisse toujours le psoriasis. Il ne craint pas de l'affirmer : plus de sept cents faits viennent à l'appui de cette assertion.

En médecin consciencieux et de bonne foi, avant de se prononcer ainsi, il fit de nombreux essais comparatifs avec la plupart des préparations vantées jusqu'à ce jour, telles que l'axonge, le proto-iodure de soufre, les cantharides, les opiacés, les préparations mercurielles, celle surtout de proto-iodure, dont M. Boinet vient de prôner récemment l'énergie: aucune ne donna des résultats aussi prompts, aussi soutenus, que la pommade de goudron, qu'il compose de deux gros de goudron, sur une once d'axonge. On peut en porter la dose à 3, 4 onces par jour, suivant les cas, progressivement.

M. Emery compte peu sur les moyens généraux ; le traitement local est le seul efficace. A l'aide de la pommade seule, sur soixante-cinq faits récemment observés, pas un revers: tous les malades ont été guéris. Cependant chez la plupart des individus la maladie datait de plusieurs années; chez un, de douze. Huit, quinze jours de traitement, ont suffi pour guérir les premiers; il a fallu un mois pour obtenir la cure radicale du psoriasis le plus invétéré.

A Toulouse, quelques praticiens ont retiré les plus grands avantages de la pommade de goudron dans le psoriasis ; d'autres n'ont pas eu à s'en louer. C'est à l'expérience seule à la placer au nombre des spécifiques.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RÉFLEXIONS SUR L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE;

PAR M. AM. DUPAU,

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL DE LA GRAVE, PROFESSEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE, MEMBRE DU JURY MÉDICAL, ETC.

Dans les divers projets d'organisation médicale qui ont été présentés par l'Académie royale de Médecine, par les Facultés, par les Ecoles de Médecine, et par plusieurs réunions de Médecins, l'opinion générale a été unanimement fixée sur ces trois points principaux :

1.° Rendre l'instruction médicale des docteurs en médecine et en chirurgie plus facile et plus complète, en augmentant le nombre des Facultés de Médecine;

2.° Supprimer l'institution du Jury Médical, qui est la source des mauvaises réceptions des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe;

3.° Organiser des Écoles secondaires de médecine et de pharmacie dans quelques villes principales, de manière à remplacer le Jury Médical, et à servir de centre complet d'instruction et de réception pour les chirurgiens et les pharmaciens dans les départemens voisins.

§ I. — Des nouvelles Facultés de Médecine.

Il est inutile de développer toutes les raisons puissantes qui démontrent la nécessité de l'augmentation du nombre des Facultés de Médecine, fixées seulement à trois, celles de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, quoique d'après la loi du 19 Ventôse an XI, tit. I, on dût en établir six. Divers rapports qui ont été publiés à ce sujet, ne laissent aucun doute sur cette question importante [1]. En effet, l'utilité du voisinage de ces établissemens pour mettre la profession médicale à la portée de la fortune des familles, la facilité d'une instruction complète pour un nombre moins considérable d'élèves, dont les professeurs pourront suivre les progrès; la nécessité de ré-

[1] Toutes ces considérations ont été présentées avec beaucoup de talent par MM. les Docteurs Jolly et Double, dans les rapports qu'ils ont faits à l'Académie royale de Médecine, et à la réunion des Médecins de Paris. (*Revue Médicale*, 1834-1835.)

pandre partout des docteurs habiles et instruits, qui serviront utilement l'humanité, tous ces motifs, dont on apprécie l'importance, ont formé une conviction si profonde parmi les médecins, et même dans le public, que tout le monde a reconnu le besoin de créer en France de nouvelles Facultés de Médecine.

Une autre considération doit encore déterminer l'Université à augmenter le nombre de ces établissemens: c'est qu'il n'existe, à proprement parler, qu'une seule Faculté de Médecine en France, celle de Paris, qui offre aux étudians tous les moyens propres à compléter leur instruction médicale et chirurgicale. Des deux autres facultés, l'une, celle de Montpellier, ne peut point enseigner complétement l'anatomie, qui est la base de l'art de guérir, parce qu'elle manque presque entièrement des cadavres nécessaires aux dissections; elle ne peut pas mieux, malgré le talent de ses professeurs, enseigner la médecine clinique, parce qu'il y a peu de malades à observer, surtout dans les salles médicales, et que l'hôpital S. Éloy serait souvent désert, si la garnison ne fournissait des malades dans les salles militaires. Quant à la faculté de Strasbourg, placée à l'extrémité de la France, elle ne compte qu'un très-petit nombre d'élèves (80 à 100), et elle ne peut soutenir la concurrence, ni avec la faculté de Paris, ni avec les universités d'Allemagne, qui lui enlèvent la plus grande partie des étudians de la frontière. D'après l'état des deux Facultés de la province, on voit que tous les jeunes gens, qui ont à cœur de s'instruire promptement et profondément dans l'art de guérir, doivent chercher à se rendre à Paris, où ils sont sûrs de trouver toutes les sources d'une solide instruction; et voilà pourquoi le nombre des élèves inscrits sur les registres de cette Faculté dépasse le chiffre de 6,000 pour l'année 1836 à 1837.

Maintenant, si vous voulez que les étudians n'affluent pas à la capitale, où ils s'occupent souvent de toute autre chose que de médecine; si vous voulez empêcher l'encombrement des élèves dans les cours publics de Paris, encombrement si nuisible à l'étude des sciences d'application et à l'observation des faits pratiques, créez donc d'autres Facultés de Médecine dans lesquelles l'anatomie puisse être enseignée et pratiquée aussi bien qu'à Paris, dans lesquelles la clinique médicale et chi-

rurgicale puisse être suivie avec fruit dans de vastes hôpitaux, bien pourvus de malades, comme ils le sont à Paris; et vous verrez alors la jeunesse française se distribuer dans les diverses Facultés du royaume, et acquérir ainsi, promptement et sans obstacle, une instruction médicale plus solide et plus utile au bien de l'humanité.

Mais cette question, si simple d'abord, s'est compliquée singulièrement lorsqu'il a fallu désigner et fixer les villes qui devaient être le siége des nouvelles Facultés. Les uns, pour éviter tout principe de rivalité, voudraient tenir ces établissemens éloignés les uns des autres, comme si deux écoles placées à une certaine distance, à 40 ou 50 lieues, par exemple, et offrant une circonscription différente, comme Toulouse, Lyon et Montpellier, ne devaient pas être animées d'une heureuse émulation, pour chercher à se surpasser mutuellement par leur zèle et par leurs travaux : voyez les universités si florissantes de l'Italie et de l'Allemagne. D'autres, cherchant une distribution géographique, ont placé ces établissemens à des distances égales et compassées dans les diverses parties de la France. Mais cette manière fausse et superficielle de jeter au hasard ces fondations d'enseignement médical, sans examiner les circonstances locales qui peuvent en assurer ou en arrêter la prospérité, aurait les plus fâcheux résultats pour l'avenir de ces établissemens. C'est en appréciant les avantages de la position locale, la tendance des habitudes, l'influence des souvenirs et la direction des esprits; c'est d'après le nombre et l'utilité des établissemens d'instruction scientifique qui peuvent favoriser les études médicales, qu'il faut se décider à placer les nouvelles Facultés là où elles doivent prospérer avec rapidité. Chaque ville, d'après ses ressources et sa position, a une direction spéciale, l'une vers le commerce, l'industrie, la navigation, l'agriculture; l'autre vers les sciences, la littérature et les arts. On s'exposerait à échouer dans les plus belles institutions, si on voulait changer ou contrarier ces dispositions naturelles des localités. Ainsi, placer une Faculté de Médecine dans une ville spécialement commerçante et maritime, ce serait commettre la même faute que fit l'ancien gouvernement en fondant l'École de Marine sur le haut d'une colline éloignée de la mer, à Angoulême, où on ne put former aucun

marin : on fut obligé de transporter cette école dans un port de mer qui offrait toutes les ressources d'instruction navale. C'est ce qui arrivera aussi pour les nouvelles Facultés de Médecine, qui, placées sur un sol ingrat, ne feront que végéter sans fruit et sans honneur.

Pour ne citer que deux exemples du succès des établissemens d'instruction par l'influence des causes locales, nous voyons que Lyon se fait remarquer par de nombreux et vastes hôpitaux, par des médecins et des chirurgiens célèbres, par son haut enseignement scientifique et industriel; nous voyons Toulouse [1], autrefois le siége d'une Faculté de Médecine, posséder de grands hôpitaux, de beaux établissemens pour les études physiques, chimiques et naturelles, plusieurs amphithéâtres d'anatomie et de chirurgie : aussi dans ces deux villes les Écoles secondaires de Médecine, malgré leur position précaire, renferment 200 élèves qui viennent y chercher l'instruction médicale et scientifique, tandis que d'autres Écoles de Médecine, dans des villes aussi peuplées et plus éloignées des Facultés, n'existent que de nom, et ne comptent pas assez d'élèves pour faire un seul cours régulier.

Ce n'est donc ni d'après la grande population des villes, ni d'après leur situation géographique et leur éloignement d'une autre école, qu'il faut les choisir pour devenir le siége des nouvelles Facultés, mais plutôt d'après les dispositions spéciales, les ressources particulières et les institutions locales qui peuvent favoriser la prospérité de ces établissemens.

Après avoir mis le nombre des Facultés de Médecine en rapport avec les besoins de la société en France, il serait important aussi de porter quelques perfectionnemens dans les études médicales, et de régulariser les épreuves qui doivent

[1] M. Orfila, dans l'inspection qu'il vient de faire, a témoigné publiquement sa satisfaction sur les établissemens et les ressources qu'offre Toulouse pour l'instruction médicale. En voyant ces vastes hôpitaux, si remplis de malades, cette belle Ecole de médecine nouvellement construite, le grand nombre d'élèves qui fréquentent les cours de chimie, de physique et de botanique, le superbe Jardin des Plantes, cet illustre Professeur a déclaré, que si on créait de nouvelles Facultés, Toulouse devait être la première ville à en avoir une, parce qu'elle réunissait tous les élémens d'instruction médicale et d'enseignement scientifique.

assurer la capacité des élèves des Facultés de Médecine. Nous fixerons l'attention sur quelques points qui nous paraîtraient nécessaires pour atteindre ce but.

1.° Les diplomes de bachelier ès-lettres et ès-sciences seront toujours exigés des élèves des Facultés de Médecine, comme garantie de capacité et de bonnes études, comme conditions nécessaires pour assurer les progrès des élèves dans une science longue et difficile.

2.° A la fin de la seconde et de la troisième année, un examen sera fait sur les matières des cours assignés pendant ce temps, avant que les élèves puissent continuer à prendre les inscriptions suivantes. Après le premier examen, les élèves deviendront *bacheliers* en médecine, et après le second, *licenciés* en médecine.

3.° Les licenciés, après avoir pris leur seizième inscription, subi cinq examens sur les diverses parties de l'art de guérir, et présenté une *thèse* pour prendre le grade de *docteur* en médecine ou en chirurgie, seront obligés de passer un ou deux ans de *stage* dans un des hôpitaux des Facultés ou des Ecoles de Médecine, à leur choix, auprès des professeurs de clinique, qui constateront leur assiduité journalière aux visites, par un registre de présence et un certificat, pour obtenir le libre exercice par un diplôme de docteur.

Ces dispositions ont pour but de régulariser l'instruction médicale des élèves des facultés, et de former les jeunes docteurs à la pratique de leur profession. On juge, en effet, combien il importe que l'élève, livré à lui-même pendant quatre années d'études universitaires, soit tenu en haleine par quelques examens qui le forcent d'approfondir le sujet de ses cours. Les titres de *bachelier* et de *licencié* en médecine, qu'il prendra au bout de la seconde et de la troisième année, le stimuleront dans ses travaux, et lui feront mieux apprécier l'importance du grade de *docteur*, auquel il aspire. Quant au *stage* d'une ou deux années, qu'il doit, après le doctorat, passer dans les hôpitaux, on pense de quelle utilité seront au jeune docteur ces études pratiques, pour le familiariser avec l'observation et le traitement des maladies. Tous les médecins ont senti la différence qui existe, entre la théorie des écoles et la pratique des hôpitaux, entre les recherches scolastiques des principes de la

médecine, et leur application au lit du malade : c'est donc pour remplir cette lacune dans l'enseignement, et rendre le jeune docteur praticien, qu'il nous a paru nécessaire d'exiger de lui ce court apprentissage de clinique dans les hôpitaux, comme on exige le stage du jeune avocat au barreau.

§ II. — Des Écoles secondaires de Médecine et de Pharmacie.

Il est un point sur lequel de profondes recherches statistiques n'ont pu jeter beaucoup de lumière : c'est de savoir s'il est utile et possible, dans l'état actuel de la société en France, et pour les populations pauvres, de supprimer entièrement les officiers de santé et les pharmaciens de deuxième classe. Peut-on établir que le nombre des docteurs en médecine et en chirurgie, et des pharmaciens reçus dans les écoles spéciales de pharmacie, sera suffisant pour les besoins de la population de la France ? Doit-on espérer que les docteurs et les pharmaciens de première classe, après des études longues, difficiles et dispendieuses, voudront s'établir dans les villages et dans les campagnes, où ils ne pourront avoir qu'une clientelle pauvre et dispersée ? Voilà autant de questions importantes, sur lesquelles on ne peut avancer que des solutions incertaines, ou des théories sans preuves et sans expérience.

Ce n'est pas que si on pouvait pourvoir les villages et les campagnes de docteurs et de pharmaciens de première classe, on ne rendît un grand service à l'humanité ; mais il n'est pas possible de l'espérer de long-temps, d'après l'état actuel de la société en France. Les difficultés et les dépenses de l'enseignement médical et pharmaceutique dans les hautes écoles, les études accessoires et le temps qu'elles exigent, mettront toujours le doctorat et le titre de pharmacien de première classe, hors de la portée des individus pauvres et doués d'une capacité médiocre. Cependant ces mêmes hommes, avec des études suffisantes, faites dans leur pays à peu de frais, pourraient rendre encore des services à l'humanité, et acquérir par l'expérience une pratique heureuse et utile aux populations des campagnes. Ainsi, tout en perfectionnant et en multipliant les facultés, afin d'augmenter l'instruction et le nombre des docteurs, on pourrait aussi ne pas se priver des secours que des

praticiens modestes, plus à la porté des classes pauvres, porteraient dans les cas pressans, au milieu des pays écartés, montagneux et peu fortunés.

Toute la question pourrait donc se réduire à rechercher les meilleurs moyens d'assurer l'instruction des chirurgiens et des pharmaciens de deuxième classe par des études suivies, en exigeant d'eux des examens nombreux, comme garantie nécessaire à l'exercice de leur art. On pense bien que l'institution du Jury Médical n'offre sous ce rapport que des déceptions, et présente le mode le plus vicieux pour la réception des candidats. Comment espérer, en effet, que des Examinateurs qui ne connaissent pas les études antérieures des élèves, qu'un Professeur d'une Faculté, courant la poste pour interroger au hasard les candidats, puissent d'un coup d'œil juger de leur instruction et de leur capacité ? Les questions rapides d'un examen public paralysent souvent l'esprit des élèves, ou tombent précisément sur les seuls points qu'ils connaissent, sans satisfaire aux questions nécessaires à une bonne réception.

Les inconvéniens du Jury Médical sont d'autant plus grands, que les Examinateurs prélèvent un droit sur les candidats, et que, par condescendance ou par intérêt, ils accordent le titre à presque tous ceux qui se présentent. Sans doute que la plupart des examinateurs sont au-dessus de ces considérations personnelles; mais quand une institution est fausse dans son principe et vicieuse dans ses moyens, il est bien dangereux d'en abandonner l'application aux caprices, aux intérêts ou aux passions des hommes. Tout le monde a senti les absurdes conséquences du Jury Médical, dont les hommes honorables qui en font partie ne peuvent, malgré leurs bonnes intentions, atténuer les funestes résultats. On est même à concevoir comment un pareil état de choses a pu durer aussi long-temps, pour remplir les villages et les campagnes d'officiers de santé et de pharmaciens plus nuisibles qu'utiles.

Il était cependant un moyen sûr et facile de remédier à tous ces abus, en chargeant les Écoles secondaires de Médecine de la réception des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe, et en exigeant des candidats un certain nombre d'années d'études, constatées par des inscriptions et par une suite d'examens publics. C'est donc l'organisation des Écoles secon-

daires qu'il faut mettre en harmonie avec cette institution, et auxquelles il faut donner une existence universitaire et une rétribution convenable, en les composant de manière à ce que les élèves en chirurgie et en pharmacie, puissent y recevoir une instruction complète, ainsi que leur titre garanti par de nombreux examens.

Les Écoles secondaires de Médecine, actuellement reconnues, sont à peine installées et sans aucune attribution fixe. Placées dans une position très-précaire, elles n'existent même que par les sacrifices fort insuffisans de quelques villes, et par le zèle désintéressé des médecins qui en font partie. Ne recevant pas d'appointemens universitaires, et ne pouvant prélever sur un petit nombre de jeunes gens pauvres presque aucune rétribution, la plupart des Professeurs négligent leurs cours, et n'attachent aucune importance à des places qui ne leur donnent ni honneur ni profit. Aussi, plusieurs de ces Écoles végètent dans l'obscurité, et n'ont qu'une existence nominale sans cours et sans élèves. Il est cependant quelques heureuses exceptions dans certaines villes, Toulouse, Lyon, que nous avons déjà signalées, et dont les Écoles de Médecine prospèrent malgré les inconvéniens de leur institution. Mais ces exemples sont rares, et démontrent la nécessité d'une organisation spéciale des Écoles secondaires de Médecine? Voici donc sur quelles bases on pourrait les établir, en conservant celles qui existent réellement, et en leur donnant de nouvelles attributions.

1.° Les Écoles secondaires de Médecine, établies dans quelques villes principales, seront maintenues au nombre de dix au plus, sous le nom d'*Écoles secondaires de Médecine et de Pharmacie.*

2.° Ces Écoles seront chargées de l'instruction régulière et de la réception publique des *chirurgiens* et des *pharmaciens de deuxième classe.*

3.° Chacune de ces Écoles se composera de dix Professeurs, et de quelques Agrégés ou Suppléans [1];

[1] Plusieurs Ecoles secondaires de Médecine sont déjà composées de huit professeurs, et il ne faudrait en ajouter que deux pour les pharmaciens. Les agrégés ou adjoints seraient chargés de remplacer les professeurs titulaires, et de faire les cours supplémentaires sur les parties de la médecine ou de la pharmacie que les professeurs ne pourraient embrasser complétement.

D'un professeur d'anatomie et de physiologie,
D'un professeur de clinique médicale à l'hôpital,
D'un professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital,
D'un professeur de pathologie médicale,
D'un professeur de pathologie chirurgicale et d'opérations,
D'un professeur d'accouchemens et des maladies des femmes,
D'un professeur de médecine légale et d'hygiène,
D'un professeur de thérapeutique et de matière médicale,
D'un professeur d'histoire naturelle médicale et de botanique,
D'un professeur de pharmacie et de chimie médicale.

4.° Ces écoles seont entretenues par le produit annuel des inscriptions et des examens, et par une allocation fixe de l'Université, et des villes où elles seront établies.

5.° Les élèves en médecine et en pharmacie seront obligés de prendre quatre inscriptions par an, fixées à 25 fr. par trimestre.

6.° Le temps des études médicales et pharmaceutiques est de quatre années pour compléter les seize inscriptions.

7.° A la fin de la seconde et de la troisième année, les élèves subiront un examen sur les matières des cours qui leur seront assignés pendant ce temps, avant de pouvoir prendre les inscriptions suivantes.

8.° Ils pouront être renvoyés à six mois, et à un an pour refaire cet examen, sans prendre de nouvelles inscriptions ; ou exclus, s'ils sont rejetés trois fois pour le même examen.

9.° Pour recevoir le titre de *chirurgien* ou de *pharmacien de deuxième classe*, les élèves pourvus de seize inscriptions, devront subir quatre examens sur les diverses parties de l'art médical ou pharmaceutique, suivant leur destination.

10.° Les élèves en pharmacie devront, en outre, avoir passé quatre ans comme élèves dans une officine de pharmacie, et préparer au dernier examen, dans le laboratoire de l'école, cinq médicamens chimiques ou composés qui leur seront demandés.

11.° Les examens de réception seront payés 25 fr. chacun.

12.° Les chirurgiens reçus, avant d'obtenir le libre exercice de leur profession par un diplome universitaire, seront tenus de rester encore un an *stagiaires*, dans un des hôpitaux des écoles ou des facultés de médecine, à leur choix, auprès des professeurs de clinique, qui constateront leur assiduité aux

visites des malades par un registre de présence, et un certificat délivré à cet effet.

13.° Les inscriptions prises dans une des écoles secondaires compteront pour les deux tiers dans une Faculté de Médecine ou dans une Ecole spéciale de Pharmacie; c'est-à-dire que trois inscriptions seront prises pour deux.

14.° Les élèves ayant des inscriptions d'une Ecole secondaire, et qui désireraient passer docteurs dans une Faculté de Médecine, seront tenus de passer bacheliers ès-lettres et ès-sciences, avant d'échanger leurs inscriptions.

D'après ce plan d'organisation, dont nous avons seulement esquissé les bases principales, les Écoles de Médecine et de Pharmacie pourront offrir une instruction suffisante aux chirurgiens et aux pharmaciens de deuxième classe, et assurer les meilleures garanties de leur réception. Il suffit, pour obtenir ce résultat avantageux, de donner à ces Écoles les attributions des Jurys Médicaux, de leur adjoindre seulement deux professeurs spéciaux d'histoire naturelle médicale, et de chimie pharmaceutique, et de régulariser le temps des études pour chaque classe d'élèves. Cette amélioration, qui complète l'ensemble de l'instruction médicale, ne sera nullement onéreuse à l'Université, puisque les professeurs trouveront dans l'allocation des villes et dans les rétributions trimestrielles des élèves, une indemnité supplémentaire qui augmentera leur traitement fixe. Les frais seront facilement supportés par les élèves, qui, trouvant un enseignement complet et la facilité des réceptions, ne paieront pour avoir leur titre que 500 fr. répartis sur quatre années.

Le titre de *chirurgien* nous a paru préférable à celui d'*officier de santé*, parce que ce dernier est un peu déconsidéré dans l'opinion publique, et qu'il indique trop l'origine militaire de sa création. Nous n'avons pas cru aussi devoir adopter la dénomination de *licencié*, parce que ce titre appartient aux grades universitaires, et qu'il ne serait point entendu du peuple, pour lequel les mots doivent exprimer le véritable sens des choses. Le nom de chirurgien est plus clair, plus positif, et désigne beaucoup mieux la profession à laquelle on l'applique. C'est ainsi que, dans le barreau, les *licenciés en droit* sont appelés des *avocats* ou des *avoués*.

Au reste, quelle que soit l'organisation médicale projetée, il sera toujours important de conserver plusieurs Écoles secondaires de Médecine, pour servir de centre d'instruction médicale dans les principales villes, et d'écoles préparatoires pour les candidats au doctorat. Mais comme on reconnaîtra, avec la majorité des médecins des provinces, l'impossibilité actuelle de mettre à exécution la suppression complète des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe, on réaliserait promptement une grande amélioration, en adoptant ce nouveau plan d'organisation des Écoles secondaires de médecine et de pharmacie. Ce serait un moyen sûr et facile, qui préparerait le perfectionnement de l'instruction et de la pratique médicale, et qui préviendrait sans secousse tous les abus qu'on reproche avec raison à l'institution du Jury Médical et aux réceptions des officiers de santé et des pharmaciens qui en proviennent.

C'est même dans le but de hâter et d'assurer la marche progressive de nos institutions médicales, qu'il serait nécessaire d'attendre l'épreuve de ce nouveau mode d'instruction et de réception par les Écoles secondaires de Médecine et de Pharmacie, avant de n'admettre dans la pratique que des docteurs en médecine ou en chirurgie, et des pharmaciens de première classe, reçus par les Facultés et par les Ecoles Spéciales. Des passions seront mises en jeu dans ces débats, qui touchent de si près à la fortune et à la santé du peuple; et il est fort à croire qu'on sera obligé, par tous ces motifs, de renvoyer encore à un autre temps la suppression définitive des chirurgiens et des pharmaciens de deuxième classe, suppression dont il est au reste plus facile de rêver les avantages en théorie, que d'en réaliser l'exécution et le remplacement d'une manière prompte et sûre.

J'avais moi-même partagé, avec les médecins de Paris, l'opinion de la possibilité et de l'utilité de cette suppression, dont j'ai développé les avantages dans une brochure que j'ai publiée en 1825, et qui a été insérée dans la *Revue Médicale*, que je rédigeais alors à Paris. Mais depuis ce temps l'expérience et l'observation de la pratique médicale, surtout dans les campagnes, m'ont démontré que cette réforme exclusive et imprudente exposerait à de graves inconvéniens; qu'on arriverait

à des résultats plus sûrs et plus utiles, en régularisant dans des Écoles secondaires de Médecine et de Pharmacie l'instruction et la réception des chirurgiens et des pharmaciens de deuxième classe; qu'on ne pourrait pas les remplacer dans les villages où les docteurs ne voudraient pas s'établir; enfin, que leurs services étaient indispensables pour que les gens pauvres et les pays peu fortunés ne manquassent pas de secours.

D'après ces considérations importantes, il serait plus opportun de se borner actuellement à ces deux points de réforme:

1.° *Augmenter de deux le nombre des Facultés de Médecine*, pour favoriser l'instruction et la réception des docteurs en médecine ou en chirurgie;

2.° *Organiser sur de nouvelles bases dix Écoles secondaires de Médecine et de Pharmacie*, pour remplacer le Jury Médical et pour assurer l'instruction et la réception des chirurgiens et des pharmaciens de deuxième classe, dans les départemens voisins.

Ce dernier projet que je viens d'esquisser, offre un but d'utilité prompt, sûr, et facile à remplir, en donnant plus d'importance aux Écoles secondaires de Médecine et de Pharmacie, une considération méritée aux chirurgiens et aux pharmaciens de deuxième classe, et surtout de nouvelles garanties à l'humanité [1].

[1] Je reçois à l'instant, par le *Journal de l'Instruction publique*, le *Rapport de M. Orfila sur les Facultés et les Écoles secondaires de Médecine, avec les nouveaux réglemens* qui ont été approuvés par M. le Ministre et par le Conseil de l'instruction publique. Je ne puis me dispenser de parler de cette organisation des Ecoles secondaires d'après le plan proposé et adopté par l'Université.

1.° On rétablit dix-sept Ecoles secondaires de Médecine, dont plusieurs n'ont presque pas d'élèves ni de cours, depuis plus de vingt-cinq ans qu'elles ont été établies, comme si la nomination de neuf professeurs dans chacune d'elles pouvait faire surgir de terre de nombreux étudians pour les écouter. Cette réorganisation sera donc illusoire pour beaucoup de villes qui ne peuvent devenir le centre d'une instruction médicale; et le paiement de ces neuf professeurs dans ces dix-sept Ecoles sera une forte dépense complétement inutile, puisque les cours ne pourront avoir lieu, faute d'un nombre suffisant d'élèves.

2.° Ces Ecoles, étant sans attributions fixes et sans réceptions pour la profession médicale, ne jouiront d'aucune influence et d'aucun crédit.

Elles ne formeront que le premier degré d'un enseignement médical très-incomplet, auquel les élèves ne voudront consacrer que le moins de temps possible, afin d'aller s'instruire promptement dans une Faculté de Médecine.

3.° Le traitement fixé par l'Université est sans doute avantageux pour donner aux professeurs des Ecoles secondaires une existence honorable et indépendante ; mais il faut aussi leur laisser le produit variable des inscriptions qui indiquent le nombre des élèves présens, et dont l'augmentation progressive les engagera à redoubler de zèle dans leurs leçons.

4.° Pourquoi supprimer le cours d'hygiène et de médecine légale dans les Ecoles secondaires pour les réserver seulement aux Facultés, lorsque ces notions sont si généralement utiles aux chirurgiens dans leurs rapports judiciaires, aux magistrats dans les cas d'insalubrité, et aux avocats dans les questions criminelles et de toxicologie ?

5.° Pourquoi, dans l'Ecole de Toulouse, a-t-on nommé deux nouveaux Adjoints pour les deux chaires de pathologie interne et externe, lorsqu'il y a deux autres Suppléans actuellement attachés à ces deux places, et qui ne demandent pas mieux que de faire des cours supplémentaires aux mêmes conditions ?

6.° Pourquoi envoyer à l'Ecole de Toulouse un Prosecteur d'anatomie de la Faculté de Paris, pour remplir une place d'Adjoint à la chaire de pathologie externe, lorsqu'il existe un autre Suppléant déjà nommé à cette place, et lorsque la ville de Toulouse possède dans son sein plusieurs chirurgiens distingués, qui par leurs services ont plus de droits à cette élection ?

7.° Ainsi, au lieu de donner de l'éclat et de l'importance aux Ecoles secondaires, en les multipliant autant par cette réorganisation, on les a frappées de mort : car comment dix-sept Ecoles pourront-elles avoir un nombre suffisant d'élèves pour faire des cours, lorsque déjà celles qui existent maintenant n'en ont qu'un très-petit nombre ? Que sera-ce quand ils seront répartis sur dix-sept Ecoles et trois Facultés de Médecine ? Ne vaudrait-il pas mieux, en augmentant le nombre des Professeurs et des Adjoints, en leur donnant un traitement convenable, restreindre le nombre de ces Ecoles suivant les besoins du pays, ne choisir que celles qui ont prospéré seules par la force de leur position, et surtout leur donner toutes les attributions des Jurys Médicaux pour les réceptions, comme je l'ai établi dans mes *Réflexions sur l'enseignement médical en France*.

AVANTAGES
DE L'OUVERTURE LARGE DES ABCÈS PAR CONGESTION;

PAR M. ALQUIÉ,
CHIRURGIEN INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE MONTPELLIER.

Les médecins sont en désaccord, non-seulement sur l'opportunité de l'ouverture des abcès par congestion, mais encore sur la manière de pratiquer cette opération; et l'ouverture étant décidée, il n'en est presque aucun qui ne se rappelle les préceptes posés par Petit, de Lyon, et ne fasse des ponctions *étroites*, et ne donne tous ses soins pour empêcher l'entrée de l'air dans le foyer purulent. Étrange dut paraître, sans doute, la pratique du chirurgien en chef de la Pitié, quand, secouant l'influence d'une règle si générale, il vint proposer d'ouvrir *largement* ces sortes d'abcès, et produisit des succès à l'appui de cette nouvelle méthode thérapeutique. Malgré l'autorité d'un si habile praticien, les faits n'étaient pas assez nombreux, et la doctrine de Petit trop ancienne pour qu'on l'abandonnât; mais le procédé que la nécessité et l'insuccès des autres moyens avaient sans doute inspiré à M. Lisfranc, les mêmes circonstances le suggérèrent au chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier. Nous avons, en effet, publié, dans la clinique du professeur Serre, (*Bulletin Thérapeutique*, tom. 9), un article à ce sujet. Il nous a paru nécessaire de reproduire ici le fait dont nous nous servîmes alors, afin de le rapprocher d'un autre cas semblable, mais plus heureux, que nous avons observé ultérieurement.

I.re OBSERVATION.

Le sieur Malhé, âgé de 21 ans, d'un tempérament sanguin, habitant un pays humide et glacial, ressentit, dans la partie inguinale gauche, des douleurs assez vives pour l'obliger à s'aliter. Peu de temps après, il se développa une tumeur fluctuante, qui s'étendit à toute la face externe de la cuisse. A cette époque le malade entra dans le service de M. le professeur Serre, où il présenta l'état suivant : la constitution de Malhé, quoique vigoureuse, a été fortement atteinte par ses souffrances antérieures; la jambe gauche est fléchie sur la cuisse, et le malade ne permet pas qu'on l'étende; la flexion de la cuisse sur le bassin est facile, sans douleur, et ne procure pas la sensation de crépitation, au moins d'une manière sensible; la marche est dou-

loureuse; une tumeur qui donne la fluctuation la plus manifeste, occupe toute la partie externe de la cuisse; le rachis n'offre rien d'anormal. On n'hésite pas à se prononcer sur l'existence d'un vaste abcès par congestion, dont on ne peut rechercher la cause comme on l'aurait désiré, vu l'indocilité du malade; aussi, ne pouvant découvrir dans l'articulation coxo-femorale le motif suffisant de la collection purulente, soupçonna-t-on quelque altération de la colonne épinière. Pour éclairer ce point de diagnostic, M. Serre pratique, au tiers inférieur de la cuisse, une ponction *étroite*, qui donne issue à plus d'une pinte de pus inodore, liquide, sans detritus osseux. Il ferme ensuite exactement l'ouverture par des bandelettes de diachylum, et aucun accident n'en résulte.

Cependant, deux jours après on sent au haut du foyer une espèce de gargouillement qui ne laisse aucun doute sur la présence de l'air. Cinq jours après, une nouvelle collection de pus ayant lieu, on pratique une seconde ponction aux environs de la première, et l'on réunit avec les mêmes précautions. Le pus, quoique abondant, n'offre aucune altération, mais il est mêlé de bulles qui démontrent évidemment la présence de l'air dans le foyer. Quelques jours après, du pus étant évacué par la dernière ouverture, on renouvelle les bandelettes de diachylum; mais l'élève chargé de ce soin entoure si fortement le membre avec ces liens, que le lendemain l'extrémité inférieure de la cuisse est érysipélateuse, bleuâtre, très-sensible, état qui amène l'insomnie et la diarrhée. Le pus qui s'écoule est dès lors très-fétide et mêlé de flocons de tissu cellulaire mortifié; la santé du malade se détériore chaque jour, malgré les moyens employés.

Le pus s'étant reproduit, le chirurgien *agrandit de près d'un pouce la dernière ponction*, autour de laquelle il fait appliquer un grand nombre de sangsues, et à plusieurs reprises. Sous l'influence de ce nouveau mode de traitement, et malgré la présence constante de l'air dans le foyer, tous les symptômes fâcheux disparaissent rapidement, le pus redevient de bonne nature, le malade se rétablit à vue d'œil, amélioration qui augmente pendant plus de trois semaines, durant lesquelles Malhé peut se livrer à la marche avec assez de facilité. Mais à la suite d'une légère chute sur le genou, que le malade fait en

descendant du lit, les accidens qui nous avaient fait craindre plusieurs fois une terminaison funeste reparaissent encore. Le pus distend de nouveau les parois du foyer et ne peut s'échapper par les ouvertures déjà cicatrisées.

Enhardi par un premier succès, M. Serre n'hésite plus à pratiquer *une incision large* au bas de la cuisse, en combattant l'inflammation par les saignées locales répétées, et de nouveau tous les accidens disparaissent comme par enchantement; mais au bout de quelque temps, par suite de l'obstination de Malhé à rester couché sur le ventre et les genoux fléchis, l'infiltration donne aux membres inférieurs, surtout au gauche, un volume énorme, ce dernier est pris d'érysipèle gangréneux, le pus acquiert un fétidité insupportable, et la colliquation vient amener la mort du sujet.

L'examen du cadavre nous a permis de constater, qu'il n'existait aucune altération dans la tête, la poitrine, l'abdomen, la colonne épinière; alors le membre inférieur gauche nous a présenté l'état suivant : noirâtre et couvert de phlyctènes, ce membre offre des chairs très infiltrées et lardacées; à la partie interne et externe se trouvent *deux trajets fistuleux, très-étroits* et remplis de pus, tapissés de membranes bien organisées, et se poursuivant jusqu'à la tubérosité ischiatique où existe un foyer purulent assèz étendu et communiquant avec la cavité cotyloïde. Cette dernière a son cartilage détruit, ainsi que le ligament inter-articulaire; l'os érodé, rugueux, ramolli; le fond de cette cavité, perforé dans l'étendue d'un pouce de diamètre, communique avec l'abdomen, dont il n'est séparé que par une membrane épaisse et comme lardacée; la tête du fémur, quoique offrant les mêmes altérations, n'a pas diminué sensiblement de volume; au-dessus de cette articulation, dans l'épaisseur des parois abdominales et dans la fosse iliaque, se trouvaient des tubercules à l'état de crudité et en fonte purulente.

Si nous revenons sur cet historique, nous verrons qu'il résume la valeur de l'ancienne et de la nouvelle méthode du traitement des abcès par congestion, et que c'est sous ce double point de vue qu'il offre de l'intérêt. On fait deux ponctions étroites à l'abcès à cinq jours d'intervalle, et le pus qui s'en écoule est louable; on réunit avec grand soin l'ouverture, et

que l'on entoure le membre d'un bandage circulaire, de l'air s'introduit dans le foyer et ne provoque cependant aucun accident. Un léger mouvement fébrile se montre le sixième jour, et comme le soir la compression fut négligée et que l'on constata la présence de l'air dans le foyer, ce fut à l'action de ce fluide qu'on attribua la fièvre survenue; mais dans la matinée du même jour la fièvre avait déjà paru, quoique la compression fût bien faite, que le membre se trouvât dans les mêmes conditions que pendant les six jours précédens, qui avaient été fort tranquilles. D'un autre côté, malgré cette fièvre, la cuisse n'était nullement douloureuse et ne présentait aucune inflammation; et cependant, depuis trois jours environ, de l'air existait dans le foyer de la manière la plus sensible, et cependant le pus que fournissait l'abcès n'était pas changé de nature.

Ce ne fut que le neuvième jour après la première ponction, qu'une compression circulaire mal disposée pendant une journée entière, et assez forte pour y arrêter la circulation capillaire, détermina l'engorgement de la partie de la cuisse au-dessous des liens, et son extrême sensibilité: le pus qui s'écoula dès-lors fut très-fétide, épais, et mêlé de lambeaux de tissu cellulaire.

Après un tel fait accompagné de circonstances si remarquables, n'est-il pas rationnel de penser que, 1.° l'air ne produit pas l'inflammation locale ni la viciation du pus, puisque chez le malade dont il s'agit une quantité d'air a séjourné dans le foyer pendant plusieurs jours, sans que le membre ait été plus douloureux, ni que le pus soit devenu plus fétide, plus épais et plus abondant; 2.° *la viciation du pus est bien moins due à l'entrée de l'air qu'à l'inflammation locale, dont l'air est la moindre cause* (Lisfranc); et même dans le cas actuel on pourrait dire que *l'inflammation locale a été la seule cause de la viciation du pus.* Le foyer n'a pas été, en effet, plus enflammé par la présence de l'air qu'il ne l'était avant; le pus n'a pas changé de nature, son changement n'a eu lieu qu'à l'occasion de l'inflammation provoquée par la ligature du membre.

En définitive, quoique la guérison n'ait pas été obtenue et que le malade ait succombé, le cas ne mérite pas moins d'être

connu, car il prouve d'une manière péremptoire que les larges ouvertures sont loin d'avoir, dans le traitement des abcès par congestion, les inconvéniens qu'on leur attribue assez généralement. Le malade est mort, il est vrai; mais l'autopsie a démontré que le foyer principal de l'abcès était en grande partie oblitéré, alors cependant que la lésion organique était très-étendue. Au surplus, Malhé est mort d'un érysipèle gangréneux, et non des suites des phénomènes colliquatifs que l'on a indiqués comme provenant de la pénétration de l'air dans les abcès symptômatiques.

Ce cas n'indique-t-il pas la méthode ancienne, celle des ponctions étroites, au moins comme inefficace? Nindique-t-il pas dans ces maladies les incisions larges, jointes à la méthode antiphlogistique, comme les moyens d'obtenir des résultats satisfaisans? Malheureusement ce fait, bien qu'il ait au fond la valeur d'un succès, n'est pas complétement satisfaisant, puisque le malade a succombé à la lésion qu'il portait. Il est évident cependant que le traitement chirurgical a procuré plusieurs améliorations assez marquées pour faire espérer la guérison, et que la mort a été l'effet d'une complication des plus graves survenue au moment où l'on croyait à une convalescence solide; mais enfin la mort du malade jette de la défaveur sur le procédé thérapeutique mis en usage; il n'en est pas de même dans le fait suivant:

2.e OBSERVATION.

Altération profonde de l'articulation coxo-fémorale. — Vaste abcès à la cuisse. — Ouverture très-large. — Ankilose de la hanche. — Guérison.

Le sieur Sommuret, âgé de 29 ans, doué d'un tempérament lymphatique, soldat au 7.me léger, après une expédition militaire, ressentit dans l'aine et le genou droit de vives douleurs dont tout mouvement augmentait l'intensité. Admis à l'hôpital de Grenoble, le malade, loin d'éprouver du soulagement des moyens antiphlogistiques mis en usage, vit, au contraire, ses souffrances augmenter, et la cuisse prendre un volume croissant. En même temps de la rougeur, de la tension, annoncèrent une inflammation violente qui se termina par suppuration, et l'on perçut bientôt une fluctuation on ne peut plus manifeste dans

toute la face externe de la cuisse, où plusieurs ponctions *étroites* furent pratiquées. Du pus louable s'en échappa en grande quantité, et ne tarda pas à ne pouvoir plus sortir par des ouvertures chaque jour plus rétrécies. Alors de nouvelles ponctions *étroites* furent faites, et calmèrent l'inflammation dont tout le membre était le siége en donnant issue à une certaine quantité de pus, qui ne put bientôt se frayer un issue au-dehors. A peine quelques jours s'étaient écoulés, que la collection purulente était déjà considérable, et que l'engorgement de toute la cuisse, suivi d'une réaction violente, ne tarda pas à se manifester.

Sentant enfin l'insuffisance *des ponctions étroites*, et reconnaissant que la présence du pus se liait aux phénomènes alarmans plusieurs fois appaisés et plusieurs fois reproduits, le chirurgien ne fit pas difficulté de pratiquer à la face postérieure de la cuisse *une incision de plus de trois pouces de longueur*. Il semblait au premier abord qu'une incision aussi étendue devait provoquer de l'inflammation locale et des symptômes de réaction; loin de là : le pus s'écoula facilement et en totalité, le foyer se resserra et s'effaça, la plaie se cicatrisa rapidememt; seulement l'articulation perdit chaque jour de ses mouvemens : en peu de temps Sommuret fut guéri, à la condition d'un ankylose de la cuisse avec le bassin, et d'un œdème de la jambe provenant de la présence de la cicatrice déprimée sur le trajet des vaisseaux veineux.

Il est à peu près démontré par ce fait, que les grandes collections de pus ne séjournent pas impunément au sein de nos parties toutes les fois qu'elles ne trouvent pas une issue suffisante. Deux fois la cuisse avait ici pris une plus forte tuméfaction avec des caractères inflammatoires non équivoques, et deux fois des ponctions avaient dissipé cet accroissement morbide en vidant le foyer purulent. Mais bientôt la reproduction du pus et l'occlusion des ouvertures déjà faites firent naître l'idée d'en pratiquer une seule, dont l'étendue permit de tenir à sec la cavité de l'abcès. Ce changement de thérapeutique fut suivi d'un changement aussi rapide dans l'état de Sommuret : les parois du foyer se recollèrent peu à peu, la cuisse reprit son volume premier, en peu de temps l'incision se cicatrisa, et la maladie de l'articulation se termina aussi heureusement qu'il était possible de le désirer.

L'on ne peut s'empêcher de reconnaître la salutaire influence de l'ouverture large pratiquée à l'abcès, et son avantage réel sur les ponctions étroites, déjà mises plusieurs fois en usage sans succès. Nous dirons même plus, c'est qu'elle nous paraît être le moyen curateur des abcès et des maladies de ce genre. Tout le monde sait que les abcès vastes et anciens sont environnés d'une membrane de nouvelle formation, dont les propriétés ne sont mises en doute par aucun auteur, soit qu'on la regarde comme préexistante à la collection du pus, ou comme en étant la conséquence. Cette membrane puogénique, dont nous avons pu constater l'organisation chez l'individu qui fait l'objet de la première observation, sécrète continuellement du pus, et tient par conséquent les parois de l'abcès éloignées l'une de l'autre, et incapables de contracter des adhérences. Tant que le pus n'a pas une issue permanente, et qu'il est forcé de séjourner, les ponctions étroites ne remédient que momentanément aux désordres alarmans, mais ne peuvent en prévenir le retour, et encore moins en détruire la cause. Une large ouverture, au contraire, faite en un lieu propice, force le pus à s'échapper continuellement, et permet aux bandages placés autour du membre de rapprocher les parois du foyer, dont l'élasticité rétrécit la capacité, effacée enfin par l'inflammation adhésive. Cette explication n'est pas purement hypothétique, elle est l'expression des faits. Nous avons eu soin de signaler *la réduction marquée* survenue dans le trajet purulent chez le sujet de la première observation : la diminution de la capacité du foyer allait, en effet, jusqu'à en faire perdre la trace en certains points, là où primitivement séjournait une énorme quantité de pus.

On nous demandera peut-être maintenant comment l'ouverture large d'un abcès par congestion a pu déterminer la guérison d'une lésion profonde d'une articulation : il nous semble aisé de sentir que l'inflammation, provoquée et entretenue par la présence d'une collection de pus, non loin d'une altération articulaire, n'est pas sans influence sur sa persistance, et peut-être même sur son aggravation. Il est encore bien permis de croire qu'en enlevant cette cause incessante d'inflammation, la lésion organique se bornerait. Voilà, selon nous, le mode d'action des ouvertures larges dans les deux cas que nous citons ; mais mal-

heureusement lorsque des abcès par congestion se sont déjà formés, l'altération des os en a détruit une partie, et la soudure des surfaces dénudées est à peu près la seule terminaison possible. Telle était celle qui se préparait chez notre premier malade, et celle qui a été complétée chez le dernier. Dans l'un et dans l'autre cas, la méthode thérapeutique dont nous parlons a donc prouvé la terminaison la plus favorable de la maladie.

Il est d'autres inconvéniens attachés au séjour du pus : soit que sa présence seule, ou les circonstances antérieures, déterminent l'inflammation des parois de l'abcès, comme le sujet de la première observation nous en offre un exemple, le pus s'altère, la membrane puogénique s'enflamme, des phénomènes généraux surviennent et annoncent souvent la fin prochaine du malade. Nous avons déjà dit que c'était à la phlogose, et non à la présence de l'air, qu'il fallait rapporter ces derniers accidens ; nous n'y reviendrons pas, mais nous tenons à faire remarquer ici que la membrane puogenique enflammée pourait bien être la cause de cette viciation du pus. Ne voyons-nous pas toutes les membranes normales, tous les organes sécréteurs, fournir des produits différens dans leur état de maladie ? Le fond du liquide excrété est sans doute le même, mais la couleur, la consistance, la quantité, ont changé. Pourquoi donc une membrane anormale ne subirait-elle pas la même loi ? Pourquoi, lorsque les urines varient si fréquemment chez le même individu pendant une foule de circonstances, et, pour ainsi dire, à toutes les heures de la journée, pourquoi, la sécrétion d'un organe de nouvelle formation devrait-elle être toujours identique ?

En admettant donc que la viciation du pus tient à l'inflammation des parois du foyer, et que ce travail morbide est causé par la présence du pus, on devra ne pas oublier que l'absorption dans une membrane enflammée l'emporte de beaucoup sur l'exhalation ; du pus, et du pus vicié, est donc absorbé. Ne doit-on pas voir dans l'absorption purulente la cause des phénomènes généraux très-graves et bientôt colliquatifs qui entraînent la mort ? Voilà, nous ne saurions en douter, ce qui a amené la fin malheureuse de notre premier malade. Aller

au-devant de l'inflammation, au moyen de l'ouverture *large* des vastes abcès, c'est prévenir tous ces fâcheux accidens.[1]

DE LA RUPTURE SPONTANÉE
DE LA TUNIQUE VAGINALE DANS L'HYDROCÈLE,
PAR M. NOULET.

OBSERVATION.

Le nommé P***, cultivateur, âgé de 60 ans, d'une constitution robuste, portait une double hydrocèle par épanchement. Celle du côté droit avait quatorze à quinze ans d'existence; la gauche datait seulement de deux ans. Celle-ci, quoique la plus récente, offrait un volume presque double de la droite, elle même très-développée. La tumeur gauche, très-dure, était coupée dans son milieu par un étranglement, ce qui la faisait rentrer dans la classe des *hydrocèles en gourde*, ainsi nommées à cause de leur configuration extérieure. Par l'effet de sa grande distension, son extrémité supérieure s'engageait sensiblement dans le commencement du canal inguinal, si bien que les contractions subites et un peu fortes des muscles abdominaux communiquaient au liquide épanché un mouvement de fluctuation manifeste. Au reste, la demi-transparence du liquide ne permettait pas de se méprendre sur la valeur réelle de ce dernier symptôme.

Les deux testicules étant sensiblement engorgés, quoique non douloureux, je proposai la ponction des deux tumeurs, dans le but de pallier la maladie. P*** se refusa à toute tentative d'opération; il ne fit pas même usage du suspensoir que je lui avais conseillé.

[1] Nous avons accueilli avec empressement le travail de M. Alquié, dont le talent nous est bien connu; mais notre position nous impose le devoir d'en décliner la responsabilité. Les faits bien observés doivent être enregistrés dans les recueils de la science; et ce n'est que lorsqu'ils sont nombreux, ou que d'une manière evidente ils mettent à jour un principe inconnu, qu'il est permis d'en tirer des déductions pratiques. Les deux observations de M. Alquié, et les quelques autres sur lesquelles il peut s'appuyer, ne sont pas, à notre avis, assez concluantes pour que de plein abord nous conseillons à nos lecteurs d'abandonner la méthode aujourd'hui généralement employée dans la curation des abcès par congestion.

(Note des Rédacteurs-Gérans.)

Le 29 Juillet 1834, un mois après que j'eus visité P***, celui-ci, se livrant à de pénibles efforts pour soulever un fardeau, ressentit tout-à-coup, dans le scrotum du côté gauche, une douleur subite et tellement vive, qu'il se sentit défaillir. Revenu de cet état, qui ne dura que quelques instans, et ayant porté la main aux parties génitales, il trouva la verge fortement distendue et tellement hors de ses proportions naturelles, que l'alarme s'empara de lui.

Je fus appelé : je vis le malade trois heures après l'accident. La verge était très-volumineuse et dans un état semblable à celui qu'affecte cet organe dans l'infiltration séreuse de ses tégumens; le côté droit du scrotum était tel que je l'avais vu il y avait peu de jours; la tumeur gauche avait disparu en partie, et se trouvait remplacée par un empâtement considérable de la bourse du même côté : véritable œdème qui s'étendait jusqu'au devant du pubis, en se continuant sous la peau du pénis.

L'idée que la tunique vaginale s'était rompue, et que la sérosité qu'elle contenait, s'échappant par la crevasse, s'était infiltrée dans le tissu cellulaire environnant, me vint aussitôt à l'esprit. Cette opinion *à priori* me fut confirmée par le souvenir exact que j'avais conservé de la forme de la tumeur, et de l'impulsion que les contractions musculaires du ventre communiquaient au liquide qui la remplissait; je trouvai la cause ocasionelle dans la suite d'efforts violens auxquels s'était livré le malade, qui, en mettant en jeu ses puissances musculaires, avait amené la rupture du sac.

Jugeant cet accident peu grave, je recommandai au malade de conserver, jusqu'à l'entière disparition des symptômes, la position horizontale, en gardant le lit, en même temps que l'on aurait recours aux fomentations résolutives. Au bout de trois jours, l'infiltration eut disparu à peu près complétement. Le malade, en reprenant ses occupations habituelles, se soumit cette fois à l'usage d'un suspensoir; mais la collection se reproduisit, l'hydrocèle reparut avec les mêmes formes, et atteignit après quelques mois un volume considérable.

Depuis long-temps la science était en possession de ce fait, savoir, *que la rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle par épanchement peut avoir lieu spontanément.* Bertrandi et Sabatier en ont rapporté chacun une observation détaillée; les voici :

Observation de Bertrandi.

« Un homme de 60 ans, qui avait une hydrocèle par épan-
» chement, s'étant livré à une espèce de boisson, et se trouvant
» pressé par un grand besoin d'uriner, fut surpris de trouver
» que sa verge était excessivement grosse et molle; ses bourses
» étaient également infiltrées; mais la tumeur qu'elles renfer-
» maient avait entièrement disparu. Cet état continua quelques
» jours, au bout desquels le gonflement œdémateux des par-
» ties naturelles s'étant dissipé insensiblement, l'hydrocèle re-
» vint comme auparavant ».

Observation de Sabatier.

« J'ai vu quelque chose de semblable, dit ce savant, après
» avoir cité le fait observé par Bertrandi, sur un homme
» dont j'ai pris soin long-temps. Il avait une hydrocèle que je
» lui avais vidée plusieurs fois par la ponction. Un rhume violent
» dont il fut attaqué lui fit faire des efforts si considérables,
» qu'il lui survint une infiltration prodigieuse aux bourses et à
» la verge, et que son hydrocèle se réduisit à rien. Lorsque
» le rhume fut guéri, l'enflure œdémateuse des parties natu-
» relles se dissipa, et l'hydrocèle reparut. J'y fis la ponction
» quelque temps après, il en sortit des eaux rougeâtres et san-
» guinolentes. Cette tumeur ne s'est pas remplie depuis, et le
» malade a été totalement guéri ».

Rien ne s'oppose à l'admission d'un fait pareil, et je m'étonne que des observations constatant la rupture spontanée de la tunique vaginale ne se soient pas offertes plus souvent, ou, pour mieux dire, n'aient pas été plus souvent recueillies et mises à jour. Moi-même, je n'aurais pas peut-être songé à rapporter les cas dont je viens de parler, si un article de M. Blandin, dans *le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, ne m'eût prouvé que la totalité des chirurgiens n'avait pas été complétement persuadée par les deux observations de Bertrandi et Sabatier. Voici, au reste, comment s'exprime M. Blandin : « Dans ces deux cas on voit
» bien qu'il survint un œdème des bourses, mais rien n'établit
» qu'il ait eu pour cause la rupture de la tunique vaginale, et
» la sortie de la sérosité par cette crevasse. Chez l'homme
» observé par Bertrandi, rien n'expliquerait cet accident,
» car il n'avait reçu aucun coup ni fait aucune chute sur cette

» partie ; et le malade de Sabatier, affecté d'une bronchite » violente, a bien pu ne présenter qu'un œdème symptômatique » de cette maladie, comme la chose arrive quelquefois dans » les affections thorachiques. Quant à la circonstance de la di- » minution de la tumeur pendant que se formait l'œdème, elle » pourrait bien n'avoir été qu'apparente : l'infiltration des bour- » ses, en effet, voilait nécessairement la tumeur de la tunique » vaginale. L'on conçoit d'autant mieux que les choses se soient » passées ainsi, qu'au rapport des deux auteurs, on vit repa- » raître l'hydrocèle lorsque l'infiltration disparut. »

Il faut avouer que c'est pousser bien loin le doute et la liberté d'interprétation, que de repousser, comme le fait l'auteur cité, l'explication si simple, si naturelle, *si vraie*, si nous osons le dire, que Bertrandi et Sabatier avaient tirée de leurs observations. M. Blandin pense qu'il n'y a que les violences extérieures et directes sur la tumeur qui puissent amener la rupture de la tunique vaginale, et en cela il est dans l'erreur. Dans le cas que j'ai rapporté, le prolongement de la tumeur dans le canal inguinal, et les mouvemens qu'imprimaient au liquide qu'elle contenait les contractions des muscles abdominaux, suffisent pour expliquer la rupture de la poche séreuse. Dans ma pratique, il m'est souvent arrivé, en explorant une tumeur au scrotum, dont la forme et la pesanteur indiquaient au premier aperçu une hydrocèle, de ressentir de sensibles mouvemens ondulatoires communiqués au liquide lorsque le malade venait à tousser, et pourtant la transparence de la tumeur ne me permettait pas de me méprendre, et de douter que j'avais affaire à autre chose qu'à une hydrocèle dépourvue de toute complication de hernie. Or il est facile de comprendre que chez de tels sujets de plus violens mouvemens pourraient occasionner la rupture de la tunique vaginale, fût-elle épaissie, et présenter la série des symptômes offerts par les ruptures observées par Bertrandi, Sabatier, et par moi.

CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE TOULOUSE pendant le mois de Septembre 1837,

PAR M. D. BERNARD.

Les maladies qui ont été observées dans le mois de Septembre ont beaucoup de rapport avec celles qui avaient été signalées pendant le cours du mois précédent ; aussi les constitutions médicales de ces deux mois ont entre elles, à quelque différence près, la plus grande analogie. Cependant les variations barométriques ont été plus marquées ce mois-ci, et la température a été généralement beaucoup plus froide que pendant le mois d'Août. Nous ajouterons à cela que la pluie est tombée en moins grande quantité, et que, sous l'influence des vents N. N. O. la dernière quinzaine du mois a été remarquable par le beau temps qui a régné dans nos contrées.

Sous l'influence de cette constitution atmosphérique, nos praticiens ont observé les maladies suivantes : beaucoup de fièvres intermittentes affectant principalement le type tierce ; les intermittentes quotidiennes ont été rares, les quartes beaucoup moins ; ces dernières ont été difficiles à guérir, et sont devenues quelquefois subintrantes. Les fièvres pernicieuses ont été moins fréquemment observées que le mois précédent ; elles ont été aussi moins meurtrières, quoique les phénomènes encéphaliques aient encore dominé dans la plupart des cas.

Quelques fièvres tierces ont été compliquées d'affections vermineuses, et surtout de symptômes saburraux. Dans ce dernier cas, le sulfate de quinine a réussi complétement, et sous son action l'on a vu la langue se débarrasser de l'enduit jaunâtre qui la recouvrait. L'émétique et les purgatifs réitérés n'avaient pu produire ce résultat. Dans quelques cas cependant, ces derniers moyens ont seuls amené la guérison. Peu de récidives ont eu lieu.

Quelques praticiens ons signalé des fièvres insidieuses caractérisées par une prostration des forces vraiment remarquable : l'adynamie était complète, la fièvre peu vive, les fonctions cérébrales en quelque sorte anihileés, point de phénomènes gastriques prononcés ; dans quelques cas il y a eu des selles involontaires. Parmi les moyens employés pour combattre ce genre de maladie, les révulsifs, et principalement les vésica-

toires, ont paru produire d'heureux résultats, surtout lorsque, à la levée de l'appareil, le derme, mis à nu, se montrait rouge, vermeil, fournissait une suppuration abondante et de bonne nature. Plusieurs malades ont succombé.

L'on doit regretter que des circonstances indépendantes de la volonté des médecins se soient opposées à l'autopsie cadavérique, qui, en éclairant le diagnostie, aurait peut-être fourni quelques données précises pour le traitement d'une maladie devenue rare de nos jours.

On a cité plusieurs exemples d'affections cérébrales qui ont déterminé la mort d'une manière plus ou moins prompte. Dans un cas de mort subite, l'autopsie faite avec le plus grand soin n'a montré aucune lésion capable d'expliquer un accident aussi funeste. On n'a point observé d'affections de poitrine.

Les rhumatismes aigus et chroniques, même chez les enfans; les douleurs goutteuses, qui avaient laissé depuis long-temps les malades tranquilles, se sont montrés plus fréquemment que pendant les mois précédens. Ces diverses affections se sont compliquées d'embarras gastrique et intestinal; les émétiques et les purgatifs leur ont été opposés avec succès. On a également retiré de grands avantages de l'emploi du colchique mêlé à l'opium.

Les dysenteries, les diarrhées, surtout chez les enfans, ont été nombreuses : les sangsues à l'anus dans le premier cas, les opiacés dans le second cas, ont paru combattre efficacement ces différentes lésions; cependant beaucoup d'enfans ont péri. Chez les vieillards, les astringens ont réussi contre les dévoiemens rebelles.

On a mentionné beaucoup d'angines tonsillaires, quelques érysipèles à la face, qui ont cédé à l'émétique; des scarlatines, des rougeoles bénignes, et enfin un très-grand nombre de petites véroles et de varioloïdes sur des sujets vaccinés ou présumés l'avoir été. Quelques enfans ont encore succombé à cette épidémie, qui depuis trois mois règne parmi nous, qui s'éteint à la vérité maintenant, qui, il est vrai, n'a moisonné que peu d'individus, mais qui eût encore été moins meurtrière si l'incurie des parens et l'aveuglement stupide de quelques individus n'eussent pas privé des bienfaits de la vaccine les victimes qni ont succombé.

Je terminerai cet aperçu rapide en faisant observer qu'en général, pendant le mois qui nous occupe, la plupart de nos confrères ont obtenu de bons effets de la méthode évacuante, et qu'elle a été, sans aucune influence systématique, plus fréquemment mise en usage que la méthode antiphlogistique.

Tableau météorologique du mois de Septembre 1837.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. E.	O. N. O.	S. O.	
76 c 10 m	74 c 55 m	22 o	7 o	7 j.	14 j.	9 j.	6 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

De la Compression de l'Artère carotide dans le traitement des convulsions (Eclampsie), par M. Trousseau.

Subite dans son invasion, effrayante et rapide dans sa marche, trop souvent funeste dans sa terminaison, l'éclampsie affecte plus spécialement les enfans en bas âge et les femmes en couches. Les symptômes qui la caractérisent la font aisément diagnostiquer; mais la difficulté gît dans la juste appréciation du siége de la maladie. En effet, il est essentiel de distinguer deux sortes d'éclampsies qui se ressemblent beaucoup et se confondent quelque fois totalement l'une avec l'autre; néanmoins, elles diffèrent du tout au tout par leur causes, leur pronostic et leur traitement : l'une est idiopathique, l'autre sympathique.

Il convenait, ce me semble, d'établir cette distinction dont, M. Trousseau ne parle pas, avant d'en venir à la compression des carotides, qu'il propose comme moyen promptement curatif, moyen qui convient à la première, mais qui serait vain, ou tout au plus ne devrait être employé que comme dernière ressource dans la seconde. A la vérité, l'auteur éclaircit bien sa pensée, lorsque dans ses réflexions il essaie de spécifier les cas dans lesquels ce moyen sera probablement applicable; tels sont tous les cas de convulsions congestives, entendant par-là les convulsions qui ne connaissent pour cause qu'un mouvement fluxionnaire vers le cerveau. Il n'a qu'un fait, mais il lui paraît si concluant, qu'il s'est fait un devoir de le publier. Pour nous, nous lui en savons un gré infini. Le voici en abrégé :

Un enfant de 8 ans, déjà indisposé, ressentit une douleur vive à la tête, et éprouva une violente congestion épileptiforme qui ne dura que quelques instans. Elle fut suivie d'abord de stupeur, puis d'un véritable délire : dix sangsues derrière les apophyses mastoïdes, synapismes larges sur les bras, les cuisses et l'abdomen. Demi-heure après, nouvelle attaque plus violente que la première ; trois quarts d'heure après, troisième accès épileptiforme ; demi-heure ensuite, quatrième attaque, qui reste continue : la glace sur la tête, l'eau glacée sur le visage, n'amènent aucun soulagement. M. Trousseau, appelé, trouve le petit malade étendu sur son lit, la tête fortement renversée en arrière et portée à droite ; les mâchoires, les paupières, le globe de l'œil, les muscles du cou, le bras, la jambe du côté droit, agités de mouvemens convulsifs saccadés, affreux à voir. Les muscles du côté gauche étaient dans un relâchement complet ; le pouls, tumultueux, battait cent soixante fois par minute ; la respiration s'embarrassait, devenait râlante ; tout annonçait l'engouement des poumons ; les pupilles étaient excessivement dilatées : bains d'affusion avec l'eau à 12° pendant une demie-minute. Point de changement. Il y avait deux heures que cette convulsion durait ; il semblait évident que la vie allait prochainement cesser, quant l'idée vint à M. Trousseau d'empêcher mécaniquement le sang d'arriver au cerveau, en comprimant l'artère carotide gauche sur les côtés de la trachée artère. Bientôt les convulsions cessèrent, la respiration devint de plus en plus régulière. Après une demie-heure, l'enfant ouvrit le yeux et donnait des signes évidens d'intelligence ; trois quarts d'heure après, mieux sensible. La compression fut suspendue une minute, puis reprise pour être interrompue de nouveau, ainsi de suite pendant deux heures, après lesquelles tout danger avait disparu.

Pour faire la compression, l'auteur préfère toujours l'intervalle qui sépare le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, des côtés du larynx : en ce point l'artère est libre ; on l'atteint aisément, presque sans intermédiaire, et il est facile de l'aplatir sur le devant de la colonne vertébrale. On commence par s'assurer du vaisseau que l'on sent battre sous son doigt, puis on l'aplatit lentement sur la colonne cervicale, en ayant soin qu'il ne se derrobe pas au doigt qui le presse.

M. Trousseau demande, en terminant, si dans l'hydrocéphale aiguë des enfans, si dans les inflammations cérébrales commençantes, la compression des carotides, faite plusieurs jours de suite, ne permettrait pas de guérir ces affreuses maladies, qui font tant de victimes ? Plein de confiance en ce moyen, il n'hésiterait pas à demander pour lui la ligature de la carotide du côté opposé aux convulsions prédominantes, s'il était atteint de l'épilepsie. Ici l'auteur ne se serait-il pas laissé aller à son enthousiasme ? Sans nous permettre de réflexions, nous laisserons aux plus hardis l'honneur de la carrière.

De l'emploi de la Ciguë dans le traitement des Affections scrofuleuses.

Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, la ciguë a conservé un rang distingué dans la thérapeutique. Il serait difficile d'énumérer les affections qu'elle a été appelée à combattre. Si sa récolte demande des soins, son emploi exige du tact, de la prudence et de l'habileté. A ces conditions on peut espérer beaucoup de ses nombreuses vertus. M. Baudelocque traite avec succès, à l'hôpital des enfans, les jeunes sujets scrofuleux, par les préparations de grande ciguë. Il l'ordonne tantôt à l'intérieur, tantôt en topique ; plus souvent à l'intérieur et à l'extérieur à la fois. De toutes les formes sous lesquelles il l'a administrée, il préfère l'extrait alcoolique préparé avec de l'alcool à 22°, et le donne en pilules de 2 grains chacune ; l'une le matin, l'autre le soir. Chaque trois jours, il augmente d'une pilule, et s'élève ainsi graduellement jusqu'à 40, 50, 60 grains et plus. Chez les adultes, il porte la dose à 80 grains ou davantage. Il faut surveiller les effets du remède, et s'arrêter aussitôt qu'on observe qu'il trouble la vue, qu'il cause des céphalalgies, qu'il produit des spasmes ou un engourdissement général.

L'auteur seconde l'action médicatrice de la ciguë par un purgatif particulier (une prise de café de séné); il l'administre régulièrement une ou deux fois par semaine. Il insiste même sur ce purgatif toutes les fois qu'il a été forcé de suspendre la ciguë, et donne l'oximel en boisson.

A l'aide de ce traitement, modifié, suspendu, repris, suivant les circonstances, M. Baudelocque a obtenu des cures vraiment merveilleuses, et, depuis deux années qu'il fait usage de la ciguë dans les scrofules, les effets salutaires qu'il en a retirés se sont peu souvent démentis. Il la propose d'ailleurs comme un remède très-efficace, mais non infaillible.

Exposé d'un traitement nouveau de l'Hydrocèle avec observations, par M. Velpeau.

L'année dernière, M. Velpeau ayant appris qu'on employait l'iode pour la cure de l'hydrocèle, voulut éprouver, à son tour, les vertus de cette substance. Il l'essaya, avec cette différence, qu'au lieu d'en frictionner toute la surface du scrotum, comme on le recommandait, il en fit des injections dans l'intérieur de la poche vaginale. Sa tentative fut couronnée d'un prompt succès. Depuis, les faits se sont multipliés, et, s'appuyant sur vingt nouvelles observations, il vient offrir les injections d'iode, comme un nouveau traitement de l'hydrocèle. Il se sert d'un mélange d'eau et de teinture alcoolique d'iode (1 à 2 gros de teinture par once d'eau), qu'il n'est pas nécessaire de faire chauffer.

Après la ponction ordinaire de la poche, il pousse une injection de 4 onces du mélange indiqué, dans l'intérieur de la tunique vaginale, et, par des pressions qu'il exerce en tous sens sur la tumeur, il oblige le liquide injecté à en parcourir toute la surface, après quoi il l'évacue, sans s'inquiéter s'il en reste quelques gouttes. L'opération faite, le malade n'est pas obligé de rester au lit. Pendant trois ou quatre jours, la partie se gonfle sans occasionner de douleur ni de fièvre, et bientôt la résolution s'en opère rapidement. Se fait-il un épanchement de liqueur iodée, elle est aussitôt absorbée, sans exposer le malade aux inflammations gangréneuses.

Appareil inamovible.

Cette précieuse acquisition de la chirurgie moderne va chaque jour se perfectionnant, et chaque jour va nous rendre témoins de ses heureux résultats. Le *Bulletin des Hôpitaux* rapporte un fait observé à l'Infirmerie des Invalides, dans les salles de M. Pasquier; fait trop intéressant pour n'être pas reproduit.

Un invalide, âgé de 55 ans, est renversé par une grosse voiture chargée de pierres; et celle-ci, en passant sur les deux membres abdominaux, les écrase de la manière la plus horrible. La cuisse et le genou gauche sont presque moulus, le tiers inférieur du fémur est réduit en un grand nombre de morceaux; la jambe du côté droit, à son tour, est brisée comminutivement. L'attrition des parties molles, le nombre des plaies, la multiplicité des fragmens osseux, commandaient une délibération prompte sur le parti le plus convenable à adopter dans le traitement. MM. Ribes, Cornac, Gimelle et Pasquier, réunis en consultation le même jour de l'accident, se décident pour l'amputation immédiate des deux membres. Le malade se refuse obstinément à l'opération. On est donc obligé de mettre les membres dans deux appareils provisoires. Le lendemain, le malade, pressé de sollicitations, s'étant décidé à se laisser opérer, M. Pasquier examine de nouveau l'état du blessé. Sa position lui paraît si désespérée, qu'il ne pense plus devoir exécuter l'opération. Il prend le parti de mettre les membres dans deux appareils inamovibles, et de combattre les symptômes généraux. On s'attendait à une réaction formidable qui aurait enlevé la vie au malade; mais les choses se sont passées bien autrement. La réaction a été très-modérée, et aujourd'hui le malade est dans l'état le plus satisfaisant : tout porte à croire qu'il guérira en conservant ses membres.

Certes, la double mutilation qu'on voulait lui faire subir n'aurait pas été si innocente. Chaque jour tout nous prouve que la nature a des ressources que nous ne pouvons apprécier, et, je le dis à regret, nous serons long-temps encore à soulever le voile qui nous cache ses mystères, même les plus bienveillans.

Du traitement de quelques Surdités par la cautérisation de la trompe d'Eustache et des parties supérieures et latérales du pharynx, par M. Bonnet, de Lyon.

De toutes les méthodes de traitement qui naissent, s'éclipsent, reparaissent avec un bonheur plus ou moins éphémère, la cautérisation est la seule qui ait joui d'une faveur constante et méritée, la seule qui étende de jour en jour davantage le domaine de ses salutaires effets.

Si les surdités, dit M. Bonnet, qui se développent dans la jeunesse et l'âge adulte sont dues le plus souvent à des inflammations de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache et de la cavité du tympan, ces inflammations sont presque toujours précédées de celles de la membrane muqueuse du pharynx et des fosses nasales, ou tout au moins coexistent avec elle. En conséquence, le traitement local, s'il devenait nécessaire, devrait être étendu aux parties du pharynx et des fosses nasales affectées.

L'auteur distingue deux espèces de surdités : l'une tient à la lésion du nerf auditif, l'autre à une altération des organes chargés de conduire les sons. Le moyen de les distinguer, est de placer une montre entre les dents du malade; s'il ne perçoit pas le bruit du mouvement de la montre, la surdité est de la première espèce, et nécessairement incurable; si, au contraire, les vibrations sonores lui sont transmises par les os, et que la perception soit nette, la surdité est incomplète, de seconde espèce, et la seule qui soit susceptible de guérison. Parmi ces dernières, l'auteur n'a guéri que celles qui dépendaient d'une altération de la trompe d'Eustache, précédée ou accompagnée de maladies syphilitiques, de catarrhe et d'inflammations ordinaires du pharynx et des fosses nasales. Ces quelques succès, M. Bonnet les doit à la cautérisation des parties malades. Pour la pratiquer, il se servit d'abord d'une tige de fil de fer recourbée, à l'extrémité de laquelle il avait fixé un bourdonnet de charpie trempé dans une solution de nitrate de mercure. Mais il ne tarda pas à s'apercevoir que le caustique laissait sur son passage des traces qui venaient compliquer la maladie, et dès-lors il fit confectionner un tube en argent de trois lignes de diamètre, dont la longueur et la courbure sont les mêmes que celles des sondes de M. Itard pour le cathétérisme de la trompe. Dans le tube extérieur est un mandrin portant à l'extrémité qui doit rester au dehors du nez un anneau et un curseur, et à celle qui doit porter le caustique, une petite cuvette à son extrémité, et pouvant rentrer à volonté dans le tube. Cette cuvette, chargée de nitrate d'argent fondu, doit être portée dans le pharynx, et ce n'est que lorsqu'on pense y être parvenu qu'on doit la faire saillir pour opérer la cautérisation.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DES HOPITAUX,

SERVICE DE M. ROALDÈS.

Compte-Rendu des maladies qu'il a observées dans les salles des fiévreux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse durant les huit derniers mois de l'année 1836.

Soit que nous considérions l'homme, objet des études médicales, dans ce qu'il a de matériel et de purement organique, soit que nous l'envisagions sous le rapport de ses facultés percevantes et intellectuelles, nous reconnaissons en lui la plus compliquée, comme la plus mobile et la plus variable des œuvres du Créateur, celle qui offre une plus grande multiplicité d'élémens, et plus de diversité dans leurs combinaisons.

Cette organisation privilégiée, cette fécondité dans l'association des élémens qui le constituent, n'a pas seulement pour résultat de placer l'homme au premier rang dans l'échelle animale; elle a encore celui de faire varier à l'infini la manière d'être, de sentir et de fonctionner, propre à chaque individu; elle entraîne aussi, comme conséquence nécessaire, la multiplicité des maladies, et imprime à chacune d'elles autant de modifications individiduelles, qu'il en existe dans l'organisation de ceux sur qui on les observe.

S'il n'en était ainsi, si l'homme, toujours le même, placé dans les mêmes conditions, n'avait qu'une manière d'être, de sentir, et de répondre à l'action des agens extérieurs, la santé, comme la maladie, seraient réglées par des lois invariables; le traitement de ces dernières serait uniforme et certain, notre science prendrait rang parmi celles que la stabilité et la fixité de leurs principes a fait nommer exactes.

Loin de là, l'homme vient à la lumière avec une organisation qui lui est propre; ainsi le fils diffère du père et de la mère, le frère de sa sœur, les familles diffèrent entre elles; en un mot, sous le rapport de son individualilé, l'homme a, dans sa manière d'être et de sentir, une sorte d'originalité personnelle.

Aussi, la maladie n'étant qu'une fonction vitale, avec réaction organique, contre un agent souvent inconnu, ou bien une

modification dans la structure ou la fonction d'un ou plusieurs de nos organes, l'individualité d'organisation entraîne l'individualité morbide.

Peu de praticiens hésiteront à reconnaître que dans cette individualité morbide se rencontrent les plus grands écueils de notre profession. Quel est celui qui n'a été frappé, en effet, des modifications profondes imprimées à la même affection par une constitution plus ou moins robuste, plus ou moins irritable, par le tempérament, l'âge et le sexe des individus? Qui n'a vu les remèdes les plus efficaces, et d'un effet presque spécifique, échouer contre quelques organisations exceptionnelles? Qui n'a pas remarqué l'ipécacuanha, par exemple, déterminer des sueurs abondantes chez un malade, des vomissemens sur un autre, des selles sur un troisième, et rester sans effets sur un quatrième, bien qu'ils fussent tous dans des conditions en apparence similaires? Qui n'a cru devoir attaquer, par des méthodes différentes, la même affection sur des sujets diversement organisés? N'est-ce pas, enfin, à l'instabilité des lois de l'organisme que nous devons attribuer les désappointemens journaliers que nous éprouvons tous, quand, sur la foi d'un honorable confrère, nous employons une substance nouvelle, même héroïque?

Ces considérations expliquent la longue enfance de l'art, et font sentir toute l'hésitation qu'ont dû éprouver nos premiers maîtres avant de reconnaître une efficacité réelle à telle ou telle substance.

Toutefois, cette individualité morbide, nuisible, sans doute, aux progrès de la science et à nos succès, n'est pas telle, que les maladies observées sur divers individus ne conservent une très-grande analogie, qu'on ne puisse, analysant leurs principaux phénomènes, les rapprocher, les groupper, et en déduire des règles pratiques, des théorèmes qui, bien qu'ils ne soient pas strictement applicables à tous les cas, ne laissent pas que d'être vrais et utiles pour la classe des maladies qu'ils ont pour objet.

Hippocrate, le premier, conçut et exécuta ce beau travail. Avant lui, une analogie vague et incertaine dirigeait les applications thérapeutiques; par lui des règles furent posées, et la science prit naissance.

Il n'a fallu rien moins qu'un génie aussi vaste que le sien, qu'un esprit d'observation jusqu'à ce jour sans égal, qu'une admirable sagacité, pour saisir cette similitude, cet air de famille que conservent entre elles les maladies de même nature, bien qu'observées sur divers sujets de sexe et d'âge différens, et sous des climats opposés; pour les isoler ou les coordonner, les classer, dessiner les principaux traits de chacun de leurs grouppes, et préciser les indications sommaires qu'ils présentent.

C'est par l'observation et la rectitude du jugement, que le père de la médecine s'est élevé à cette hauteur de vue, est arrivé à cette précision de diagnostic qui lui a valu le surnom de *Vates;* aussi nous la propose-t-il dans ses immortels écrits comme le guide le plus assuré pour éviter les nombreux écueils dont la pratique médicale est hérissée ; écueils contre lesquels se sont brisés même de grands talens, quand, cédant à l'entraînement d'une imagination ardente et systématique, ils ont voulu se lancer dans une autre voie.

Plus sages et plus heureux, c'est en marchant sur les traces de ce grand maître que se sont illustrés les médecins de l'antiquité, dont la reconnaissance des peuples et celle de leurs successeurs ont gardé précieusement le nom; c'est par l'observation qu'ont brillé ceux parmi les modernes dont les travaux sont restés dans le sanctuaire de la science : c'est aussi la voie que doit suivre tout praticien jaloux de propager les saines doctrines, ou d'ajouter aux progrès de l'art.

Parmi ceux-ci, les médecins des grands hôpitaux sont dans les conditions les plus favorables : le nombre et le rapprochement des malades, la facilité qu'ils ont de les observer à toute heure ; la régularité du régime et celle du traitement, la faculté d'observer les lésions nécroscopiques, leur permettent de suivre jour par jour la marche de chaque maladie, de distinguer plus aisément, sur divers sujets à la fois, ce qu'elles ont de ressemblance ou d'individualité, de commun ou de spécial; de juger de l'efficacité, de l'insuffisance, comme de l'action malfaisante des moyens thérapeutiques; d'étudier les terminaisons naturelles ou celles provoquées par l'art dans les cas de convalescence, et de constater les altérations des tissus, et les divers désordres amenés par le progrès des maladies quand la mort en est le terme.

Pour eux aussi, il est plus facile de constater les épidémies, l'influence des saisons, des âges et des professions, et de soumettre au creuset de l'expérience les remèdes nouveaux, pour la plupart si pauvres et tant vantés.

Mais ces avantages seraient perdus pour la science, s'ils se bornaient à les enregistrer dans leur souvenir : ils en doivent la communication à leurs élèves et à leurs confrères ; aussi me suis-je empressé d'assurer ma coopération au *Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse*, et vais-je lui payer un premier tribut par le Compte-Rendu des maladies observées durant les huit derniers mois de l'année 1836.

MOUVEMENT.

Le mouvement des salles des fiévreux durant les huit derniers mois de l'année 1836, dont j'offre ici la statistique, a été de 946 individus, déduction faite du nommé Maury, évacué aux blessés quelques jours après son entrée, où il est décédé. Sur ce nombre on compte 50 décès, ce qui donne une mortalité relative de 1 sur 18 et 9/10.

Celle des années 1833, 1834 et 1835, prises pour base, est de 1 sur 15 et 2/10.

Ce rapprochement donne, en faveur du mouvement dont il est ici question, un boni de 1/5 et 7/10.

50 décès, prenant toujours pour base la mortalité de 1833, 1834 et 1835, répondent à 760 individus ; le chiffre de 946 du mouvement actuel aurait donné, dans les mêmes rapports, 62 9/38 décès, d'où il résulte en sa faveur un gain de 12 9/38.

Dans ces divers calculs sont compris les repos et les galeux ; déduisant les premiers, la mortalité serait de 1 sur 16 et 5/10.

En défalquant, en outre, les seconds, bien que quelques-uns d'entre eux aient fourni des maladies graves, elle se réduirait à 1 sur 14 7/10 et 4/100.

Après avoir exposé le résultat obtenu, je vais mettre sous les yeux des lecteurs le tableau abrégé, mais fidèle, des affections que j'ai eues à traiter. Ici, comme au lit du malade, je serai consciencieux et vrai ; j'exposerai avec sincérité les faits tels que je les ai vus, je dirai la thérapeutique qu'ils m'ont suggérée, et si, dans tous les cas, je n'obtiens pas l'assentiment

de mes confrères, je compte du moins sur leur estime et sur leur bienveillance.

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.

J'ai donné ce nom à un violent paroxysme fébrile de 36 heures de durée, terminé par une sueur abondante, pour lequel le nommé Marie-Justin-Alexandre, enfant naturel, âgé de 18 ans, journalier de profession, se rendit à l'Hôtel-Dieu le 6 Mai 1836. Sans autre moyen qu'un régime convenable, le repos et des boissons délayantes, la fièvre, exempte de toute complication, ne se renouvela plus. Ce jeune homme quitta l'Hôtel-Dieu le neuvième jour.

EMBARRAS GASTRIQUES.

Les embarras gastriques se sont montrés assez fréquemment, et entrent, déduction faite des galeux et des repos, que j'élaguerai toujours dans ce genre de calcul, pour un quatorzième dans le nombre total des maladies. Quelques-uns se sont montrés sans fièvre, le plus grand nombre s'accompagnaient d'un léger mouvement fébrile; presque tous les malades éprouvaient un sentiment de courbature, des douleurs aux genoux, une pesanteur incommode à l'épigastre, avec perte d'appétit, peu ou point de céphalalgie, quelquefois des éructations et des nausées, plus rarement des vomissemens.

Assez généralement, la fièvre coïncidait avec un degré plus prononcé de tous ces symptômes, ou avec les tempéramens nerveux et bilioso-sanguins; les autres constitutions étaient plus souvent exemptes de fièvre. Chez ceux-ci, la langue était d'un blanc sale et jaune; chez ceux-là, nous l'avons trouvée aussi lancéolée et contournée d'une teinte rubanée d'un rouge de feu, mais sans sécheresse.

Des boissons délayantes, un vomitif suivi d'un ou deux purgatifs, ont suffi pour dissiper tous les symptômes et rétablir l'équilibre de toutes les fonctions. Quand il y avait à la fois embarras intestinal et gastrique, j'étais dans l'usage de débuter par un éméto-cathartique; dans les deux cas, on terminait le traitement par des amers indigènes.

La fièvre le plus souvent cédait aux premières évacuations, et c'est même de l'heureux effet de cette médication que j'ai parfois tiré le diagnostic, et ramené à la classe des simples

embarras, ce qui tout d'abord, vu l'appareil des symptômes gastriques et l'intensité de la réaction fébrile, m'avait paru devoir être rangé parmi les fièvres rémittentes bilieuses.

Sur les deux tiers des malades, environ, l'intestin grêle participait à l'affection; on observait alors une intumescence insolite du ventre, un sentiment de malaise dans toute cette cavité, des borborygmes, rarement des coliques, de la constipation, ou quelques selles diarrhéiques.

L'époque de l'année a eu peu d'influence sur leur production; ce qui paraît devoir être rapporté au genre de vie des individus que nous recevons habituellement dans nos salles. Toutefois, je signalerai les mois de Juin et d'Octobre, le premier pour n'en avoir fourni que deux, et le second point du tout.

La durée moyenne du séjour de ces malades a été de huit jours et onze heures.

FIÈVRES RÉMITTENTES BILIEUSES.

On ne sera pas peu surpris du petit nombre des affections de ce genre qui se sont montrées durant les huit derniers mois de l'année; on le sera bien plus, si l'on considère le génie de la constitution régnante, l'époque de l'année, et la classe des malades qui composent ce service, tous, gens de peine, vivant mal, exposés aux rigueurs du temps et à toutes les conséquences d'une alimentation grossière, insuffisante, et trop souvent malsaine; mais tout étonnement cessera, si l'on compte les fièvres intermittentes, qui, pour la plupart de nature bilieuse, n'ont différé de celles-ci que par leur type; ce qui, pour le dire en passant, prouve le vice de toute classification.

Deux de ces fièvres ont mérité l'épithète de légères, à cause du peu d'intensité de leurs symptômes; les autres, plus graves, sont au nombre de onze.

Les premières différaient peu des embarras gastriques : la durée de la fièvre continue, l'intensisé du paroxysme, établissaient seules une ligne de démarcation entre ces deux maladies; en voici les symptômes :

Face décolorée, exprimant la tristesse; douleurs contusives des membres, lassitude, céphalalgie sus-orbitaire ou temporale, langue blanche et sale, ou jaune; désir des boissons aigrelettes, point de soif, pesanteurs à l'épigastre, flatuosités,

éructations, toux rare et sèche, borborygmes, chaleur peu intense, dégoût pour les substances animales, selles rares, urines normales.

Le séjour du lit, les boissons délayantes, un ou deux vomitifs ou éméto-cathartiques, puis des infusions aromatiques ou des décoctions amères, firent les frais de la guérison. L'un des malades sortit même après les évacuations, prétextant des affaires.

Les fièvres rémittentes bilieuses, que je nomme graves, se présentèrent avec une série de symptômes bien autrement sérieux; plusieurs même, comme j'en fournirai un exemple, offrirent quelques phénomènes ataxo-adynamiques. Chez le plus grand nombre, le facies exprimait le découragement et une tristesse profonde : le teint était pâle et jaunâtre autour des ailes du nez et des lèvres, la conjonctive était le siége d'une légère suffusion ictérique, la langue jaune, souvent humide, quelquefois sèche dans son centre, avec ou sans coloration brune; l'épigastre douloureux à la pression, la céphalalgie intense, surtout pendant le rehaussement fébrile du soir; la peau sèche avec chaleur mordicante. Les malades se plaignaient de douleurs lombaires et d'une faiblesse prononcée dans les membres inférieurs. Quelques-uns ressentaient du vertige, et leur marche était incertaine; leur soif vive, particulièrement durant le paroxysme. Le plus grand nombre cependant évitait ds boire pour prévenir les nausées et les vomissemens que la présence des boissons dans l'estomac faisait naître. La constipation s'observait chez le plus grand nombre, quelques-uns seulement rendaient des selles liquides et jaunes; chez tous, l'anorexie était absolue.

J'ai signalé un paroxysme nocturne; son début avait lieu de quatre à sept heures du soir, et son déclin vers le jour; la rémission la plus complète s'observait de neuf heures du matin à quatre heures du soir. Il n'était pas rare de constater un frisson léger au début, et une moiteur abondante à son déclin.

Ces symptômes, qui ne se montrèrent jamais plus intenses que pendant les mois de Juin, Juillet et d'Août, étaient ceux du plus grand nombre de nos malades.

Toutefois, quelques-uns présentèrent ceux d'une sur-excétation de la muqueuse gastro-intestinale : chez ceux-ci, la lan-

gue, jaune dans le centre, était rouge sur les bords, et à sa pointe, plus souvent sèche qu'humide, la conjonctive, moins jaune, était sillonnée de vaisseaux sanguins; la peau était plus chaude, et d'une chaleur plus âcre; les nausées plus souvent suivies de vomissemens, la prostration plus profonde, l'épigastre tendu et plus douloureux à la pression, la réaction du centre circulatoire plus vive, les urines plus ardentes, la constipation plus constante, le facies coloré, l'anorexie plus complète, la soif vive, la céphalalgie plus intense, et le vertige presque constant.

Sur tous, l'influence de la constitution épidémique des fièvres intermittentes fut telle, qu'on vit nombre de fois les rémittentes bilieuses se transformer en fièvres intermittentes, et chez tous les malades, les paroxysmes du soir acquérir de jour en jour plus d'intensité. D'autres fois, plusieurs d'entre eux, entrés pour des fièvres d'accès, faisant le récit de leur état antérieur, traçaient le tableau fidèle de l'une des deux nuances que je viens d'esquisser.

Le traitement évacuant fut généralement employé, et toujours avec succès, car je n'eus aucun malade à regretter. Le terme moyen de la durée de ces maladies fut de dix-sept jours, convalescence comprise. Il fut modifié selon les deux états dans lesquels se présentèrent les malades.

En l'absence d'une vive irritation gastro-hépatique, après vingt-quatre heures consacrées au repos et à l'ingestion des boissons abondantes, et dès leur entrée, si le sédiment de la langue était mou, humide et tomenteux, je prescrivais deux grains de tartre stibié, réitérés au besoin le lendemain, ou suivis, après un jour de repos, d'un éméto-cathartique; plus tard, quelques verres d'eau de Sedlitz, suivis des amers indigènes, terminaient le traitement.

Pour la deuxième variété, j'accordai généralement plus de temps à l'emploi des délayans et des boissons acidules; en même temps je faisais une large application de sangsues, soit à l'épigastre, soit à l'anus, selon que l'irritation duodénale ou hépatique prédominait; plusieurs fois aussi, ces deux médications étaient successivement employées. La diète était absolue, et des clystères réitérés matin et soir. Bientôt, sous l'influence de ce traitement, plus ou moins prolongé, les malades de cette

catégorie rentraient dans l'état de ceux de la première, et en subissaient le traitement; seulement on employait généralement pour eux, comme purgatifs, les sels neutres très-étendus d'eau.

Voici une observation que je cite d'autant plus volontiers, qu'elle résume à elle seule presque tout ce qui vient d'être dit.

Sutra, dit Touret, âgé de 67 ans, né à Massat, Ariége, entré le 5 et sorti le 16 Juillet.

Ce vieillard, d'une constitution semi-athlétique, d'un tempérament bilioso-sanguin, employé aux travaux les plus rudes, sobre, et d'une conduite régulière, sentit, vers les derniers jours du mois de Juin, tous les phénomènes d'un embarras bilieux-gastro-intestinal. Bon père de famille, il espéra échapper, par la diète et par l'usage des boissons délayantes, à une maladie qui le menaçait de priver ses enfans du seul soutien qu'ils eussent. Il lutta ainsi, jusqu'au 5 Juillet, contre un mal qui ne fit que s'accroître.

Il entra à l'hôpital dans l'état suivant : facies anxieux, jaune et déprimé; yeux ternes et chassieux, lèvres sèches et ridées, peau brûlante, âcre, et sèche au toucher; respiration lente et suspicieuse, décubitus sur le dos, voix faible, air expiré brûlant, haleine saburrale, épigastre très-sensible à la pression, et soulevé par les pulsations du trépied cœliaque ; ventre légèrement météorisé, peu sensible, gargouillant; constipation, urines rares, avec sédiment safrané ; soif vive, langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe, d'un jaune brunâtre dans son centre, presque noire dans sa base ; céphalalgie sus-orbitaire constante, pouls large sans dureté. — 90 *pulsations.*

Le malade a éprouvé de fréquentes envies de vomir ; et dit que son état s'est surtout aggravé depuis trois jours. Il est agité de funestes pressentimens, et se sent si faible, qu'il ne saurait se soulever. La poitrine, explorée, ne donne que des signes négatifs.

Prescription du 5 *au soir.* — Limonade végétale, quinze sangsues à l'épigastre, lavement emmolient, diète absolue.

6 *Juillet, visite du matin.* — Le malade s'est agité beaucoup durant la nuit ; il n'a cessé de rêvasser. Tous les symptômes de la veille persistent ; ceux qui tenaient au paroxysme de la nuit se sont évanouis. Diète, nouvelle application de sangsues, limonade végétale avec tartre stibié 1 grain.

6 *au soir.* — La fièvre s'est accrue vers les quatre heures. — 105 *pulsations.*—La langue est plus sèche; vertige, assoupissement profond, un vomissement, point de selles; prostration plus grande, pulsation et douleur épigastrique moindre. On recommande au malade de prendre d'abondantes boissons.

7, *visite du matin.* — La nuit a été moins orageuse : le facies est un peu plus satisfaisant; la faiblesse est la même, mais la prostration est moindre. La langue s'est humectée, et couverte d'un enduit jaune; la chaleur, toujours âcre au toucher, est moins vive; le pouls, moins fréquent, a perdu aussi de sa force. — 80 *pulsations.*

Prescriptions. — D'abord, potion saline du docteur Franck, avec addition de 2 grains tartre stibié; limonade végétale pour boisson, diète.

7 *au soir.* — On a obtenu des vomissemens copieux de matières jaunâtres, de consistance sirupeuse, et quatre évacuations alvines bilieuses. Cette médication a satisfait à la fois le malade et le médecin.

8 *au matin.* — Paroxysme plus léger durant la nuit. Tous les symptômes s'amendent, les traits se relèvent, les yeux prennent de l'éclat, la langue s'assouplit, s'humecte et se dépouille; les forces reviennent et l'espérance renaît. Le malade me presse affectueusement les mains en signe de reconnaissance.

8, *visite du soir.* — Le paroxysme ne s'est pas encore montré; le pouls reste à 80 *pulsations.*

9 *au matin.* — La nuit a été calme; le malade, pour la première fois, a reposé d'un sommeil paisible. La peau s'est humectée, les urines, assez rares, ont un dépôt jaune pulvérulent et comme féculent; l'amélioration est sensible. Tisane de chicorée, sulfate de magnésie une once; deux bouillons.

9 *au soir.* — Progrès vers la convalescence. Quatres selles bilieuses. Le malade voudrait manger; il ne ressent que de la faiblesse, il a de la peine à s'asseoir. Point de paroxysme, pouls normal.

10 *au matin.* — Quatre heures de bon sommeil, nuit calme : convalescence décidée. Deux verres d'eau de Sedlitz, tisane de chicorée, deux soupes légères. Le pouls acquiert de la lenteur.

11 *au matin.* — Le pouls se maintient lent, les urines s'é-

claircissent ; tout, du reste, confirme la convalescence. Deux verres d'eau de Sedlitz, 1|2 quart, tisane de chicorée.

11 *au soir.* — Deux selles peu abondantes, retour de la fièvre avec léger refroidissement. On supprime les alimens du soir.

12 *au matin.* — Le paroxysme a duré jusqu'au jour ; le malade en est affaibli. Apyrexie complète, pouls lent. — 68 *pulsations.*

12 *au soir.* — Retour du paroxysme avec frisson. 9 grains sulfate de quinine, à prendre d'heure en heure, en trois doses, à la chute de l'accès.

13 *au matin.* — Mêmes phénomènes que le 12 ; mêmes prescriptions.

14 *au matin.* — Convalescence confirmée. Le sulfate de quinine est continué à dose décroissante ; on augmente les aliments. Le pouls chez ce malade descendit et se maintint à 60 *pulsations*, ce qui me fit regarder cet état comme normal.

Ce malade offre un exemple saillant des modifications imprimées à l'appareil gastro-hépatique par la constitution bilieuse alors régnante. Du matin ou soir, soumis à une chaleur intense, se nourissant de mets grossiers, buvant à longs traits de l'eau fraîche pour étancher sa soif, dormant peu, usant ses forces par le travail, il ne faut pas s'étonner qu'il ait été si vivement atteint ; il est probable aussi que le retard qu'il a mis à réclamer des soins a rendu son état plus grave, car la nature chez lui était impuissante pour rétablir l'équilibre des fonctions.

Le foie et l'estomac, celui-ci surtout, m'ont paru fortement surexcités ; aussi, quelles que fussent les indications tirées de son état actuel, et celles que nous devions puiser dans la connaissance acquise da la constitution médicale, je dûs, par des boissons abondantes, l'application des sangsues, celle des cataplasmes, l'emploi des lavemens, calmer l'irritation si manifeste de l'appareil gastro-hépatique, avant d'en venir à la véritable médication curative, aux évacuans ; donnés à son entrée, nul doute qu'ils n'eussent accru cette même irritation, et amené une gastrite dont on n'aurait peut-être pas triomphé.

Ce sujet nous fournit un exemple de ces influences cachées que nous ne saurions expliquer, tout en ayant la puissance

d'en combattre les effets ; je veux parler de la fièvre intermittente secondaire. Nos salles étaient alors pleines de fébricitans; il nous en arrivait tous les jours par douzaines de tous les lieux circonvoisins: c'était une véritable épidémie. Affaibli par les souffrances antécédentes, et peut-être aussi par les purgatifs salins, notre malade a cédé à cette influence qui, encore faiblement établie chez lui, ne résista pas à quelques doses de sulfate de quinine.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Ces fièvres ont été très-communes durant la fin du printemps, tout l'été, et le commencement de l'automne; circonstance qu'on doit attribuer, sans aucun doute, aux fortes et subites chaleurs qui succédèrent à la grande quantité de pluie dont le sol avait été imbibé durant l'hiver et le commencement du printemps, et qui avaient transformé certaines localités en autant de foyers d'infection miasmatique.

Ces fièvres régnèrent épidémiquement, non-seulement dans la ville et lieux circonvoisins, mais même dans l'Hôtel-Dieu, où nous vîmes plusieurs malades, convalescens de maladies diverses, pris, au moment de sortir, de fièvres d'accès sous divers types, mais particulièrement sous ceux de tierce ou de double-tierce.

Les lieux qui nous en fournirent le plus furent ceux situés sur les bords de la Garonne, entre celle-ci et le canal, sur les bords du Touch, du Girou, et autres affluans.

Les professions sur lesquelles on les vit sévir le plus fréquemment furent les cultivateurs des champs et les tuilliers, les premiers dans la proportion d'un cinquième, les seconds pour un huitième, et dans l'ordre décroissant ci-après, les domestiques, les manœuvres, les porte-faix, les rouliers, les jardiniers et les maçons.

Sous le rapport de leurs types, j'observai que les tierces, plus nombreuses, figuraient pour plus de la moitié dans leur nombre total; que les doubles-tierces occupaient le second rang en fréquence, et étaient comptées pour près d'un tiers ; les quartes pour un seizième, et les quotidiennes pour un peu plus.

Quand à leur fréquence, relativement au mois de l'année, une chose bien remarquable, et qui confirme la doctrine des

anciens, qui, comme on le sait, regardent les tierces et doubles-tierces comme bilieuses, et les quartes et quotidiennes comme muqueuses, c'est qu'à partir du mois de Mai pour arriver en Août, le chiffre des tierces et doubles-tierces s'élève progressivement, pour décroître de Septembre jusqu'en Décembre; en sorte que le mois d'Août fournit le nombre le plus élevé, savoir : 26 fièvres tierces, 29 doubles-tierces. Une circonstance non moins digne de remarque, est celle-ci : le nombre des doubles-tierces l'emporte de trois sur les tierces durant le mois d'Août, bien que le total des premières pour les huit derniers mois soit de beaucoup inférieur aux dernières. Quant aux quartes et quotidiennes, elles se sont montrées en Mai, Septembre, Octobre, Novembre et Décembre; ce dernier mois n'a fourni que des quartes.

Très-peu de ces fièvres se sont montrées dans leur état de plus grande simplicité ; presque toutes ont offert des complications gastriques, le plus souvent bilieuses, mais parfois avec sécheresse et rougeur de la langue : vive sensibilité dans la région épigastrique, accrue par la plus légère pression; soif inextinguible pendant et même après l'accès, céphalalgie sus-orbitaire et temporale, peau chaude, facies vultueux, constipation ou flux diarrhéique bilieux ; enfin, dans quelques cas, rares il est vrai, j'observai des douleurs hépatiques et spléniques.

Le traitement fut assez uniforme et toujours actif, surtout chez les jeunes sujets et les hommes dans la force de l'âge exempts de lésions organiques. Dans tous les cas, mais surtout dans les maladies qui nous occupent, je cherche à résoudre le problème suivant : une maladie étant donnée, trouver les moyens de la détruire par les moyens les plus prompts.

Une très-longue expérience de ces fièvres, que je dois à un séjour de dix-huit ans dans les Indes-Occidentales, où elle sont endémiques, et annuellement épidémiques depuis le mois d'Octobre jusqu'en Décembre, m'a convaincu qu'on ne gagne rien à les laisser aller plus ou moins long-temps. Assez fréquemment dans nos contrées, plus fréquemment aux Antilles, les retours paroxystiques prolongés déterminent des congestions sanguines dans les viscères abdominaux, qui deviennent le germe des maladies organiques rebelles, ou tout au moins des hyper-

trophies ; on pourrait dire plus justement peut-être, des hyperhémies de la rate et du foie, qui, survivant aux accès, deviennent une cause prédisposante de leurs retours, modifient la constitution, énervent les forces, altèrent le teint, et déterminent souvent, par l'obstacle qu'elles opposent à la circulation abdominale, une véritable diathèse séreuse ; accidens graves qui, pour la plupart du temps et presque toujours, ne cèdent qu'à un changement de localité et même de climat.

Avec de tels principes, voici quelles ont été les méthodes de traitement mises en usage :

1.° Dans les cas les plus simples, lorsqu'un examen rigoureux m'avait donné la certitude qu'aucun organe n'était ni engorgé, ni surexcité, en l'absence de toute complication, ou bilieuse, ou saburrale, je prescrivais, après quelques jours de repos, le sulfate de quinine, de préférence au quinquina, à moins que nous n'eussions à faire à un sujet à fibres lâches et molles, auquel les toniques fixes pussent être utiles. La dose était de 9 à 12 grains par apyrexie, jusqu'à ce que la fièvre eût cédé, ce qui arrivait souvent dès le paroxysme suivant, et presque toujours avant le troisième.

2.° Existait-il une complication saburrale ou une surcharge bilieuse, sans douleur ni tension dans l'épigastre et les hypocondres, un éméto-catarthique, suivi d'un purgatif salin, associé à la décoction de quinquina, en triomphaient, et me permettaient de donner le fébrifuge. Celui-ci, dans les cas pressans, était même placé de suite après les premières évacuations déterminées par le purgatif ou par l'éméto-catarthique. Cette manière d'agir était de rigueur dans les cas graves, et rarement négligée quand l'intervalle apyrétique le permettait : c'était gagner du temps.

3.° Avais-je, au contraire, à combattre des phénomènes de vive irritation gastro-intestinale, cet état, qu'on est convenu de nommer gastro-duodénite, gastro-entérite, et dont, par un déplorable abus, on a toujours voulu faire une maladie essentielle, je prescrivais les boissons acidules froides, une forte saignée capillaire à l'épigastre ou à l'anus, la diète absolue, le séjour du lit et des clystères émolliens ; parfois la saignée locale à l'aide des sangsues était réitérée. Rarement ais-je eu besoin d'insister plus de deux jours sur ce traitement avant

d'administrer le sulfate de quinine ; si même, dans ce cas, les accès se renforçaient de jour en jour, ou qu'ils fussent subintrans, ni la rougeur de la langue, ni sa sécheresse, ni sa couleur brune ou noire, n'étaient des contre-indications. Mais n'anticipons pas; je reviendrai sur ces faits en parlant des fièvres intermittentes pernicieuses.

4.° Dans quelques cas aussi, c'était les plus graves. Je n'ai pas cru devoir rester témoin inactif des phénomènes consécutifs du paroxysme; ainsi nous combattions la céphalalgie par des saignées locales et par des applications réfrigérantes sur la tête; la soif, par des boissons délayantes, fraîches et acidulées ou nitrées; les vomissemens, par des rubéfians ou des narcotiques appliquées sur l'épigastre, des synapismes sur les extrémités; la chaleur, en procurant au malade un air plus frais, et en diminuant le nombre des couvertures.

La saignée n'a jamais trouvé d'application; je me serais d'autant plus difficilement décidé à l'employer, que, considérant la fièvre intermittente comme une affection éminemment nerveuse, je reconnaîtrais aux émissions sanguines par la lancette, le désavantage de donner plus de puissance à la cause morbide, toute inconnue qu'elle est. Je ne vais pas cependant jusqu'à la proscrire, dans une fièvre printannière, par exemple, chez un sujet jeune, pléthorique et bien nourri; mais alors je la placerais au début, et comme moyen déplétif très-propre à prévenir les congestions qui pourraient s'établir pendant les accès; durant ceux-ci nous ne saurions la considérer que comme un moyen extrême.

Après avoir précisé les principales sourees d'indication, qu'il me soit permir de dire un mot sur le mode d'administration du sulfate de quinine.

On est généralement dans l'usage de distribuer la dose du précieux médicament qu'on se propose d'administrer, en trois fractions, et de les placer, l'une au commencement, la seconde au milieu, et la troisième à la fin de l'apyrexie. Convaincu, par une longue expérience, que le sulfate de quinine, comme le quinquina, agit d'autant plus efficacement qu'il y a plus de temps qu'il a été pris, ce mode d'administration ne fut jamais le nôtre, persuadé aussi que la dose, ou les doses placées a peu d'intervalle de l'accès à venir, est plus propre

à l'accroître qu'à le diminuer. Je suis dans l'usage de le faire prendre par 3 grains à la fois, et d'heure en heure, jusqu'à concurrence de 9 à 12 grains, à partir du moment ou l'accès cesse. Cette dose inter-pyrétique n'a jamais été dépassée qu'à l'occasion des fièvres intermittentes pernicieuses.

C'est encore l'expérience qui m'a porté à borner ainsi la dose de ce sel. Lors de sa découverte, je le donnais à celle de 20 à 24 grains; j'en ai même pris 36 dans une double-tierce qui ne me laissait que six heures d'intermittence sur quarante-huit. Ces doses outrées, sans être nuisibles, nous ont paru inutiles; dès-lors nous les avons graduellement restreintes, sans rien perdre de l'effet attendu.

Le mouvement que je présente ici nous a fourni deux cas de double-tierce, à intervalle très-court. Selon notre usage, j'ai allongé ce temps de quelque heures aux dépens de l'accès précédent, et pour cela je donnais les premières doses dès qu'un commencement de rémission se faisait sentir par la diminution de la chaleur, de la soif, du malaise, ou par l'apparition de la moiteur.

J'ai dû à cette méthode des résultats satisfaisans; enfin, lorsque dans une subintrante tout intervalle avait disparu, il me suffisait de savoir que la fièvre eût été intermittente, pour être autorisé à placer le sulfate de quinine, même durant la plenitude du paroxysme, me proposant d'affaiblir et d'éloigner entre eux les accès à venir. Dans ce cas, comme dans les plus simples, il est très-commun de voir l'accès, qui succède à l'administration du fébrifuge, acquérir une intensité plus grande, surtout quant à l'orgasme circulatoire. Mais, loin de s'en effrayer, le jeune praticien pourra pronostiquer de là un affaiblissement notable pour l'accès suivant, et quelquefois même sa disparition. Je passerai sous silence les phénomènes nerveux que détermine le sulfate de quinine, tels que tintement et bourdonnement d'oreilles, crampes, rêvasseries, allucinations. Si j'avais à m'en occuper, ce serait uniquement pour prouver l'action directe et puissante de ce sel sur les systèmes nerveux, et justifier l'opinion émise plus haut sur la nature des fièvres intermittentes; opinion mise hors de doute, du reste, par les funestes et rapides effets des accès pernicieux.

Telle est la conduite que j'ai tenue, en voici les résultats :

244 fébricitans ont été traités ; sur ce nombre point de décès. 234 sont sortis guéris, et 10 seulement restaient encore en traitement, mais en voie de guérison, quand j'ai cédé le sevice à mon honorable collègue, M. Duffourc.

Chez un si grand nombre de malades, je n'ai vu surgir aucune conséquence fâcheuse de notre mode de traitement. Peu de malades ont fourni des engorgemens de la rate, aucun n'a éprouvé de symptômes de gastrite aiguë ou chronique, ni d'ascite consécutive ; quelques vieillards seuls ont été atteints d'un œdème passager des extrémités inférieures ; très-peu sont rentrés pour des rechutes.

On ne peut rigoureusement rien conclure de la durée moyenne du séjour des malades dans l'Hôtel-Dieu, qui a été de 15 jours et 12 heures pour les tierces, de 10 jours 9 heures pour les doubles-tierces, de 13 jours 21 heures pour les quotidiennes, 24 jours 11 heures pour les quartes; car, outre que les convalescences y soient comprises, plusieurs malades y ont séjourné plus long-temps que ne l'aurait exigé leur état, à cause de leur âge, de leur degré de faiblesse, et du dénuement complet dans lequel ils se seraient trouvés rendus chez eux. Quelques autres ont dû être traités des conséquences de l'affection primitive déjà guérie.

Nous allons en faire connaître un exemple.

Dedieu Antoine, âgé de 20 ans, né à Saint-Girons, Ariége, entré le 27 Mai, sorti le 26 Juin 1836.

Ce jeune homme, d'une petite stature, d'une constitution assez frêle, d'un tempérament bilieux, fréquemment atteint de fièvres intermittentes, se présenta le 27 Mai, au septième accès de fièvre tierce, avec le teint et la conjonctive légèrement ictériques, la langue couverte d'un sédiment blanc et jaunâtre dans son centre. La rate, hypertrophiée, dépassait de 4 pouces le rebord des fausses côtes, s'avançant en dedans près de la ligne blanche, et présentant dans son centre une saillie d'un pouce sur deux de diamètre, avec ramollisement très-sensible de son sommet arrondi.

Après son entrée, l'accès debuta par un violent frisson de deux heures, en dura dix-huit. Durant celui-ci, la langue se dessécha et brunit dans son centre ; des douleurs lombaires et spléniques tourmentèrent horriblement le malade ;

elles diminuèrent sans cesser entièrement pendant l'apyrexie.

Le 17, les mêmes accidens reparurent avec la même intensité, et ajoutèrent au volume de la rate; circonstance qu'observa le malade lui-même.

En présence de tels faits, considérant, d'une part, l'accroissement de la rate durant chaque spasme fébrile; de l'autre, la durée et la gravité des accès, je jugeai devoir arrêter le plus promptement possible cette fièvre. Toutefois, une question se présentait à résoudre avant d'instituer le traitement : la splénite si bien caractérisée par la tuméfaction, la douleur et le ramollissement partiel, réclamait-elle une médication spéciale, alors même qu'on l'eût considérée comme consécutive, ou bien devait-on espérer sa résolution en faisant disparaître les accès? Peu confiant dans l'utilité des sangsues, des ventouses scarifiées, et autres médications locales qu'on eût pu tenter; persuadé que cet organe, éminemment dépendant du système circulatoire abdominal, ne se dégorgerait que très-faiblement, quelle que fût la quantité de sang soutraite, je me décidai pour le second parti, et j'employai pour Dedieu le traitement usité contre les fièvres intermittentes gastriques, que la constitution régnante nous fournissait en si grand nombre.

Le 28 et le 29, deux éméto-cathartiques lui furent administrés, et par eux se dissipèrent tous les symptômes gastriques. La fièvre fut ainsi ramenée à son état de simplicité. Je dois consigner ici les vives alarmes que je conçus le 29, lorsqu'en explorant la saillie de la rate, j'y s'entis un ramollissement plus prononcé, et une sorte de gargouillement; bruit perçu, non-seulement par moi, mais par MM. les aides et étudians présens.

Le 30, les évacuations ayant jusques-là réussi, et la journée me permettant de remplir une double indication, j'administrai d'abord une once sulfate de magnésie, et après son effet, 12 grains sulfate de quinine. Cette dose fut réitérée le 31; ce jour-là, l'accès fut très-faible; il manqua le 2 Juin.

Depuis, considérant le sulfate de quinine comme le meilleur fondant à employer, j'en continuai l'usage à dose élevée, et, sous l'influence de son action, nous vîmes l'hypertrophie de la rate disparaître, sa saillie s'affaisser, et le point ramolli

se résoudre par résorption. L'appétit, l'embonpoint et les forces, se rétablirent assez rapidement, pour que le 16 Juin ce malade pût sortir, ne conservant qu'un très-léger engorgement de la rate qui dépassait à peine le rebord des fausses côtes.

(La suite aux prochains numéros.)

Section du tendon extenseur du doigt medius de la main gauche. — Réunion immédiate à l'aide de la suture. — Guérison complète.

PAR M. SERRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. [1]

Un ouvrier en coutellerie, âgé de 33 ans, travaillant chez M. Bourdeaux, fabriquant d'instrumens de chirurgie à Montpellier, se donna, le 2 Août 1837, un coup de couteau dans le point correspondant à la partie dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt medius de la main gauche : à l'instant même ce doigt fut ramené vers la paume de la main, et perdit la faculté de se mouvoir.

Effrayé de son état, et se croyant estropié pour jamais, le blessé pria M. Bourdeaux de se rendre auprès de moi pour m'engager à venir le voir ; ce que je fis sur le champ.

Voici l'état dans lequel je le trouvai :

Le malade, pâle et découragé, avait le doigt medius de la main gauche à demi-fléchi, et ne pouvait lui faire exécuter aucun monvement ; dans le point correspondant à l'articulation métacarpo-phalangienne du même doigt, et sur la face dorsale de la main, existait une plaie transversale d'environ un demi-pouce, à travers laquelle on voyait un corps légèrement aplati, d'une couleur blanchâtre, que je reconnus être l'un des tendons du muscle extenseur commun des doigts. Toutefois, en y regardant de près, il me fut aisé de voir qu'a-

[1] L'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur Serre mérite de fixer l'attention des praticiens : s'il en existe de pareilles dans les annales de l'art, elles ne sont qu'en bien petit nombre. M. le docteur Mondière a inséré tout récemment dans les *Archives générales de Médecine* un mémoire sur ce sujet, que l'on consultera avec fruit.

(Note des Rédacteurs-Gérans.)

lors que le bout inférieur du tendon faisait saillie à travers les lèvres de la plaie, le bout supérieur, entraîné par la contraction des fibres musculaires, s'était retiré au-dessous de la peau de la face dorsale de la main, au moins à un pouce de distance des bords de la solution de continuité.

Que faire en pareille circonstance? devais-je me borner à placer la main du côté blessé dans l'extension forcée sur l'avant-bras, de manière à rapprocher les lèvres de la plaie du tendon, et à obtenir ainsi la réunion immédiate? Cette idée était toute naturelle, et je dûs la suivre; mais je ne tardai pas à reconnaître que tous mes efforts seraient vains; car je ne pus jamais parvenir, je ne dirai pas, à mettre en contact les bouts du tendon, mais pas même à les rapprocher assez pour espérer qu'un corps fibreux intermédiaire s'organisât, et servît à les faire adhérer entre eux. Il existait toujours au moins un demi-pouce de distance entre l'un et l'autre.

Dans de cette alternative, je sentis bientôt qu'il ne restait qu'un seul parti à prendre, c'était d'inciser la peau de la face dorsale de la main, de mettre à nu le bout supérieur du tendon, de la traverser avec un fil ciré, et d'en opérer ainsi la réunion avec le bout inférieur. Les bords de la plaie faite aux tégumens furent ensuite affrontés à l'aide de deux nouveaux points de suture, et de quelques bandelettes agglutinatives. La main est maintenue dans l'extension sur l'avant-bras à la faveur d'une attelle et d'un appareil convenable. Application de compresses trempées dans l'eau végéto-minérale froide, saignée au bras de 12 onces; diète absolue.

Depuis le moment de l'opération, c'était le 2 Août 1837, jusqu'au 13 du même mois, il n'est survenu aucune espèce d'accident; ce jour-là même, les fils tombent, et dès le 18 du mois, le blessé s'aperçoit qu'il peut remuer le doigt. A l'instant où je rédige l'observation, M. B*** est depuis plus d'un mois dans son atelier, où il travaille comme il le faisait avant l'accident.

Ce fait est assez significatif par lui-même pour que je me dispense de toute réflexion. Je le livre avec confiance à la méditation des praticiens.

LIGATURE DES ARTÈRES RADIALE ET CUBITALE

A LA SUITE D'UNE LÉSION DE L'ARCADE PALMAIRE PROFONDE,

PAR M. PARANT.

Si les communications nombreuses qu'établissent entre elles les diverses branches du grand arbre artériel prêtent un puissant secours à la médecine opératoire, ces anastomoses peuvent aussi, dans quelques circonstances, devenir la source de graves dangers. Les accidens de cette nature viennent parfois compliquer les plaies qui ont leur siége aux extrémités, principalement aux pieds et dans les régions palmaires : l'examen de la disposition anatomique des parties en donne l'explication. L'artère qui porte la vie à un membre est simple d'abord, mais bientôt elle se multiplie, et à mesure qu'elle parcourt son trajet, elle se divise en branches, en rameaux, en ramuscules plus tenus, au point de constituer enfin un réseau superficiel et profond, que les auteurs ont désigné sous le nom d'arcade. Ces réseaux sont liés entre eux par des correspondances nombreuses. Ainsi, dans la circonstance d'une solution de continuité, et de lésion de l'une des arcades palmaires, sans possibilité de saisir les extrémités divisées, la ligature d'une seule des artères de l'avant-bras pourrait bien devenir insuffisante, et l'hémorragie, d'abord suspendue, apparaître de nouveau, lorsque les branches qui établissent la communication entre les arcades auraient subi une dilatation convenable.

Cette circulation auxiliaire qui, après l'oblitération d'un gros vaisseau artériel, entretient encore la vie par le secours artères collatérales, est une de ces ressources ingénieuses de la nature que l'art opératoire a très-heureusement exploitées. N'est-ce pas, en effet, la connaissance de cette voie détournée que peut parcourir le sang, qui a inspiré à la chirurgie moderne la hardiesse de porter des ligatures jusques sur les artères splanchniques les plus volumineuses? La faculté de se dilater sous l'impulsion d'une forte colonne de liquide, appartient à toutes les ramifications du système artériel en général, sans exception aucune. Aussi, est-ce en vertu de cette propriété, que des canaux d'un calibre très-inférieur peuvent, dans certaines affections trau-

matiques et anévrismales, donner naissance à des hémorragies sérieuses ? L'observation suivante en fournit une preuve.

M.lle S***, désirant emplir un verre d'eau, le heurta maladroitement contre un corps solide, qui le brisa dans sa main. L'un des débris, pénétrant dans l'intervalle du pouce et de l'indicateur, ouvrit une blessure profonde. Un officier de santé, appelé pour donner les premiers soins, ne vit qu'une plaie simple, et rapprocha les bords divisés. Cinq jours après l'accident, la malade réclama mes conseils. La main était douloureuse et légèrement tuméfiée; mais, ne remarquant aucun phénomène particulier qui exigeât une indication pressante, je n'enlevai point l'appareil agglutinatif, et prescrivis les émolliens sur la partie blessée. Le lendemain je fus mandé, en grande hâte, auprès de M.lle S***, qui, disait-on, perdait tout son sang. En effet, ce liquide, spumeux et rouge, s'élançait avec impétuosité par la plaie. La compression sur l'artère radiale arrêta l'hémorragie; je pus, dès-lors, examiner l'ouverture pratiquée par le fragment de verre : elle avait 8 lignes d'étendue, et était oblique de bas en haut. En suspendant la compression, je cherchai à reconnaître les extrémités divisées; mais la plaie était profonde : mes tentatives furent infructueuses. Il ne me restait qu'à pratiquer la ligature de la radiale. Les parens, rassurés par la suspension de l'hémorragie, et redoutant surtout une opération dans laquelle le bistouri devait jouer un rôle, repoussèrent ma proposition. Je disposai alors mes moyens compressifs sur la radiale, et plaçai par prudence un tourniquet sur le trajet de l'artère du bras, avec ordre de le serrer si le sang apparaissait une seconde fois. La douleur de la compression et l'indocilité de la jeune malade rendirent vaines toutes les tentatives propres à oblitérer le vaisseau : après six jours, nouvelle hémorragie. J'insistai encore avec force sur la nécessité d'opérer la ligature; mais, la famille désirant une consultation, M. Naudin fut appelé à donner son avis, et la ligature de l'artère fut aussitôt pratiquée au niveau du poignet. Neuf jours après cette première opération, l'hémorragie se renouvelle, et est arrêtée par la compression de la cubitale. La ligature de cette seconde artère fut résolue et faite instantanément; depuis ce moment, le sang ne se montra plus. La chaleur de la main sembla diminuée pendant quelques jours,

mais elle reprit ensuite son degré ordinaire. La plaie, guérie, rendit le membre à ses fonctions.

Ce qui frappe tout d'abord dans l'observation précédente, c'est l'absence de l'hémorragie artérielle dans les premiers jours de la solution de continuité. Ce défaut d'écoulement sanguin peut être imputé à une des causes suivantes.

1.° La rétraction et la contraction de l'artère ;

2.° La formation d'un caillot, résultat de l'infiltration du sang, dans la membrane celluleuse et dans le tissu cellulaire qui unit cette membrane à l'artère; infiltration beaucoup plus étendue dans le cas où la division faite au vaisseau est incomplète;

3.° L'érosion simple des parois du canal artériel.

L'on a observé maintes fois que la rétraction et la contraction d'une artère peuvent arrêter une hémorragie. Mais cette force spasmodique, qui resserre et contracte vivement ces vaisseaux, au point de les dérober aux recherches de l'opérateur ; cette force de rétraction n'a qu'une durée passagère, quelques heures, et, dans certaines occasions fortuites, un ou deux jours. Si des auteurs dignes de foi ont parlé d'opérations majeures sans ligature des vaisseaux artériels, ces cas méritent trop bien la qualification de rares, pour qu'on les applique à l'observation actuelle.

Le second moyen que la nature peut employer pour arrêter temporairement, ou à tout jamais, une hémorragie artérielle, consiste dans la formation d'un caillot, noyau principal d'une prochaine cicatrice. Le mode suivant lequel s'opère cet épanchement, avait déjà été étudié par Petit et Morand en 1731 et 1735. Depuis cette époque, le docteur Jones, et surtout Béclard, à la suite d'expériences fort curieuses, en ont donné une explication parfaite. Mais ce travail hémostatique est toujours consécutif, et à l'instant même de la blessure un flot de sang s'élance avec impétuosité, et se prolonge suivant un temps plus ou moins long. Chez M.lle S*** aucun phénomène semblable ne s'est manifesté ; dès le principe, l'hémorragie a été simple et toute capillaire.

Des explications qui précèdent il résulte, qu'on ne saurait évidemment attribuer le défaut d'hémorragie artérielle primitive à l'une des deux causes qui précèdent. Il reste donc à examiner si les parois artérielles ont été entièrement divisées au début même

de la maladie. Tous les médecins savent qu'il existe des anévrismes par érosion externe, c'est-à-dire qui procèdent de dehors en dedans. La solution de continuité produite par un fragment de verre irrégulier ne peut être franche et nette, car le propre des corps à surface inégale et armés de saillies est de mâcher les tissus qu'ils divisent : or, l'artère soumise à une telle action n'a d'abord subi qu'une atteinte légère, les tuniques externes ayant été déchirées; il y a eu anévrisme traumatique par érosion, et six jours après, rupture définitive des tuniques restées intactes. Tel est, à mon avis, le phénomène qui a précédé la manifestation tardive de l'écoulement artériel.

Le succès de la compression sur la ligne du radius indique suffisamment qu'une division de l'arcade palmaire profonde avait été blessée. L'hémorragie, arrêtée par la première ligature, s'est montrée de nouveau, lorsque le sang, ramené à l'aide de la cubitale, a opéré la dilatation des rameaux qui établissent la communication entre ces arcades.

Dans une plaie avec lésion des vaisseaux du premier ordre, le précepte le plus naturel consiste dans la ligature des extrémités divisées; mais il n'est point toujours possible de faire cette opération. Lorsque la solution de continuité est profonde, ou rampe sous les tissus, les recherches peuvent bien devenir infructueuses. Si la blessure avait son siége dans une région dont la structure anatomique fût peu compliquée, l'opération aurait encore la faculté de débrider; mais, outre les obstacles que le grand nombre de vaisseaux de la face palmaire pourrait offrir, il serait encore à craindre que des tentatives aussi aventureuses, ne donnassent l'éveil aux phénomènes tétaniques, si fréquens, du reste, dans les plaies des membres. L'art ne saurait accepter, comme propres à arrêter définitivement l'hémorragie, les moyens compressifs exercés dans la solution de continuité; même les divers corps dont on bourre l'intérieur des plaies n'ont jamais, sur les vaisseaux léses, une action assez intime pour s'opposer au développement des anévrismes faux. La compression sur la plaie, ainsi que l'a conseillé Samuel Cooper, ne peut être considérée que comme accessoire, car la légère flexibilité de l'aponévrose palmaire ne permettrait point de l'employer avec succès sans opération préalable. La ligature des vaisseaux est donc impérieusement commandée.

INAUGURATION DE LA NOUVELLE SALLE
DE
L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Le 13 Novembre a eu lieu l'inauguration du nouvel édifice destiné à l'Ecole de Médecine, en présence d'un grand concours d'élèves, de médecins, de magistrats, d'hommes de lettres, de professeurs des diverses Facultés.

Le public a été admis ce jour-là à visiter ce magnifique local dont la ville vient de doter notre enseignement médical.

Les bâtimens de l'École occupent une surface d'environ 2960 mètres. La façade principale forme, contrairement au premier plan de M. Vitry, architecte de cette ville, un angle rentrant sur l'allée Saint-Michel, disposition que le Conseil des Bâtimens a exigée pour la faire concorder avec les murs intérieurs conservés de l'ancien couvent des Carmes-Déchaussés. Cette façade a 30 mètres de longueur et 15 mètres de hauteur; elle est décorée d'un pérystile composé de quatre colonnes d'ordre dorique; leur base est cannelée jusqu'au tiers de leur hauteur. Ces colonnes de pierre, dont les proportions sont peut-être trop fortes pour l'œil vulgaire, ont 8 mètres de hauteur sur 11 pieds de diamètre; elles sont élevées sur trois marches, et supportent un entablement et un fronton aussi en pierre de taille. La porte principale est pratiquée dans l'axe du pérystile, et donne entrée dans un beau vestibule qui précède l'escalier principal, en pierre de taille, d'une construction aussi légère qu'élégante. Cet escalier mène à une immense galerie de 30 mètres de longueur sur 6 de largeur, et recouverte par une voûte circulaire d'un excellent effet. Cette galerie, ou salle des pas-perdus, est destinée à mettre l'amphithéâtre en communication avec les galeries d'histoire naturelle, d'anatomie pathologique, et la bibliothèque, qui seront établies plus tard dans tout le premier étage du monument.

La façade, sur l'allée Saint-Michel, présente, en outre de la grande porte, deux autres entrées latérales établies dans le prolongement des bas côtés de l'ancien cloître, qui a été raccordé avec les nouvelles constructions : il en résulte une galerie couverte, d'environ 110 mètres de longueur, qui permet de faire

le tour de l'établissement. C'est sur cette galerie que vient communiquer la salle d'assemblée des professeurs, les escaliers de l'amphithéâtre pour les élèves, la salle de préparation, la salle de chimie pharmaceutique, le secrétariat, le logement de l'appariteur, les salles de dissection, etc. Toutes ces pièces sont parfaitement disposées pour leur destination.

L'amphithéâtre pour les cours est circulaire, et du diamètre de 20 mètres; il présente huit rangs de bancs sur lesquels plus de 400 élèves peuvent trouver place. Il est éclairé par un immense ciel-ouvert, ou lanterne; la voûte qui le recouvre a été construite suivant une courbe parabolique, afin d'éviter les échos, et permettre d'entendre très-distinctement les paroles du professeur. Une galerie réservée communique, par trois arcades élgantes, avec l'amphithéâtre. La voûte est décorée de peintures, et, dans de petits compartimens, se trouvent les noms de médecins célèbres: *Hippocrate*, *Dessault*, *Bichat*, *Delpech*, *Portal*, *Pinel*, *Barthez*.

C'est dans ce magnifique local qu'a eu lieu la fête médicale dont nous parlons. M. le Recteur présidait l'assemblée, les professeurs de l'École étaient en robe et en camail; autour d'eux se pressaient, comme nous l'avons déjà dit, des professeurs de diverses facultés, M. le Préfet, M. le Procureur-Général, plusieurs membres de la municipalité, des députés, etc.

M. Ducasse, chargé de prononcer le discours d'inauguration, se lève, et parle en ces termes :

> Toulouse possède, mieux qu'aucune autre ville de France, les conditions nécessaires à l'établissement d'une Faculté de Médecine.
>
> *(Paroles de M. Orfila à son passage à Toulouse*, 1837. *)*

Messieurs,

Lorsqu'en 1806, sous la protection de deux hommes puissans, MM. le baron de Puymaurin et le baron Larrey, Toulouse reçut de la munificence impériale une Ecole secondaire de Médecine; lorsqu'un décret vint régulariser et remettre sous l'empire de la loi l'enseignement médical que le zèle de ses médecins y avait gratuitement introduit avec tant de succès, elle accepta avec reconnaissance ce bienfait nouveau, moins peut-être pour les avantages qu'une instruction si restreinte, un cadre d'études si peu en harmonie avec ses besoins, pouvaient d'abord lui présenter, que dans l'espoir, si constamment déçu, de voir bientôt reparaître dans son sein ce haut enseignement, cette ancienne Faculté de Médecine qu'elle

rappelle toujours avec orgueil, et dans laquelle les médecins les plus célèbres dont la France s'honore avaient puisé les premiers élémens de la science. Elle était loin de penser que les gouvernemens qui se sont si rapidement succédés depuis cette époque, insoucians de sa gloire et de ses services passés, la laisseraient encore vieillir dans l'état de misère et de pauvreté médicales où elle végète depuis trente années; et cependant, depuis trente années Toulouse reste frappée sous ce déni de justisce !... En vain mille réclamations ont été produites; en vain l'administration supérieure, les députés des départemens limitrophes, ont fait entendre leurs plaintes, ont demandé à grands cris d'élargir le cercle de l'instruction, de rendre enfin à notre cité cette Faculté séculaire, emportée, comme toutes les institutions humaines, par le torrent des révolutions ! Un empressement si généreux, un concours si unanime de volontés, ont été inutiles : les vœux de nos populations ont été repoussés avec dédain, et cette main du pouvoir, si prodigue envers d'autres contrées, si facile et si indulgente pour donner souvent le superflu, s'est constamment fermée à nos plus pressantes sollicitations.

Quelle est donc cette influence secrète, cette résistance occulte, contre lesquelles sont venues constamment se briser nos destinées médicales ? quel est le mauvais génie qui, sans cessé attaché à nos démarches, emploie toute son active puissance à en paralyser les efforts ? Ne craignons pas de le dire, Messieurs, car il nous sera facile de détruire cette prévention funeste, c'est le voisinage de Toulouse de la ville de Montpellier. Là est tout le secret de nos refus, toute l'opposition à nous faire rentrer dans nos droits en nous rendant ce que nous avons perdu. On redoute, on a toujours redouté, de voir se rétablir à Toulouse un grand enseignem ent de médecine ; on a craint de voir s'élever une puissance à côté d'un e puissance rivale, de blesser des positions acquises, des existences assurées ; et, sacrifiant ainsi les intérêts de la science, perdant de vue le bien de tous, l'esprit d'égoïsme n'a cherché constamment que a conservation des intérêts individuels, comme si la France n'était pas assez grande pour satisfaire à toutes les exigences; comme si la population n'était pas assez forte pour fournir à tous les besoins; enfin, comme si pendant s ept cents ans, la Faculté de Médecine de Toulouse n'avait acquis aucun titre à la reconnaissance publique.

Sans doute, les appréhensions de ces hommes placés si haut dans l'opinion n'etaient pas dépourvues de justesse : en rétablissant dans notre cité les droits à l'érection d'une Faculté de Médecine que la Révolution lui a enlevée, il est aisé de voir le préjudice notable que celle de Montpellier en aurait souffert. Sans doute, cette ardente jeunesse qui se presse sur les bancs de cette Ecole fameuse, aurait pu la déserter un jour, et retrouver dans la capitale du Midi des sources aussi abondantes d'instruction, peut-être même des notions plus positives et plus en rapport

avec l'état actuel de l'enseignement. Mais ces raisons, quelque fondées qu'elles soient; ces craintes, quelque légitimes qu'elles paraissent, devaient-elles être assez puissantes aux yeux des gouvernemens pour n'opposer à nos vives sollicitations, à nos justes demandes, qu'un refus obstiné, des promesses trompeuses ou un dédaigneux silence? Ne devait-on pas même, par calcul, pour le bien de la science, provoquer, au lieu de la détruire, cette noble rivalité? Deux Facultés en présence l'une de l'autre, ayant chacune à lutter sans cesse pour conserver sa vieille renommée ou en acquérir une nouvelle, n'auraient-elles pas été nécessairement un foyer toujours ardent de zèle et d'émulation? et dans cette lutte incessante, dans cette double carrière où toutes les deux auraient tenu à gloire de remporter le prix, l'art de guérir n'aurait-il eu donc rien à gagner? les progrès des élèves nombreux qui s'y seraient rendus pour en étudier les principes, n'eussent-ils pas été plus rapides, leur enthousiasme mieux entretenu par l'exemple même de ce combat? tout, enfin, ne promettait-il pas un meilleur avenir et des résultats plus prospères?

Nous ne prétendons pas néanmoins, et ce serait donner à nos assertions une interprétation forcée, nous ne prétendons pas qu'il faille pour cela méconaître des droits légitimes, renverser d'un côté pour édifier de l'autre, et suspendre un monopole pour créer un monopole nouveau. Jamais un système aussi absurde, une proposition aussi erronée ne pourra entrer dans la pensée d'nn homme raisonnable. Mais, tout en reconnaissant l'injustice d'une semblable conduite, tout en blâmant hautement une mesure qui renverserait un abus pour lui substituer un abus plus grand, Toulouse n'a-t-elle donc plus aucun titre à faire valoir, aucun souvenir à faire respecter? Ne trouvera-t-elle pas aussi dans son passé des motifs plausibles à une préférence, à une faveur marquées? Pourra-t-on oublier que dans son sein, depuis le commencement du 13.e siècle, une Faculté de Médecine brilla du plus vif éclat; qu'à côté de celle de Montpellier plus d'une célébrité fameuse vint y revêtir la robe doctorale, et cependant alors aucun cri désapprobateur, aucune opposition véhémente, ne partaient d'une école rivale. Pourquoi redouter aujourd'hui ce qu'on ne craignait pas autrefois? pourquoi, par un vrai déni de justice, ne pas rendre à notre cité ce que les événemens seuls lui ont ravi; et, quand on cherche à remettre tout à sa place et à jeter le manteau de l'oubli sur des erreurs bien funestes, la priver encore d'une source de prospérité qu'elle a possedée si long-temps?

Ah! sans doute, dans cette violente et systématique opposition, dans cette jalouse et déplorable insistance auprès d'un gouvernement qu'on abuse, on n'ira pas jusqu'à nier les avantages immenses que possède la patrie des *Sanchès*, et l'abondance des ressources que pourrait y trouver, au besoin, l'instruction médicale. A ceux qui oseraient les méconnaître,

nous dirions avec orgueil : Voyez cette position centrale de Toulouse, cette situation méditerranéenne, qui, comme d'un plateau élevé, lui permet de commander aux contrées voisines, et semble les appeler dans son sein pour y profiter de son puissant patronage ; voyez, chaque jour, cette ville agrandissant et sa domination et son influence, franchissant, sous le prestige du progrès qui la poussse, les étroites limites où elle était renfermée ; se réveillant d'un long sommeil au bruit de la prospérité nationale, et élargissant sa base pour protéger l'immense population qui s'agite dans son enceinte ; voyez ses vastes hôpitaux, foyers toujours renouvelés de toutes les infirmités humaines, offrant à l'œil du jeune élève ces mêmes infirmités au milieu des mille formes qu'elles sont susceptibles de prendre, et le familiarisant de bonne heure avec les mouvemens pathologiques dont sa carrière lui retracera la vivante image ; voyez cette Faculté des Lettres, cette Faculté des Sciences, appelant aux leçons de leurs habiles professeurs une jeunesse studieuse, avide d'instruction, et plaçant la première de toutes les richesses dans le développement de l'esprit ; voyez ces trésors de la science des *Tournefort*, des *Jussieu*, des *Linnée*, des *Decandolle*, grouppés par familles dans son beau jardin de botanique ; voyez, enfin, cette Ecole Secondaire de Médecine, si faible dans ses ressorts, si pauvre dans ses moyens, si peu influente dans ses prérogatives, réunir cependant dans sa docte enceinte, depuis trente années, une multitude d'étudians que toutes les Facultés ne possèdent pas, et qui étonna même le professeur célèbre chargé d'en constater l'existence. Devant un tableau si brillant, et dont la fidélité ne peut être soupçonnée par personne, persistera-t-on long-temps encore dans cette inconcevable négligence ; laissera-t-on la première, la plus importante ville du Midi, sans encouragement, sans appui, sans privilége ; refusera-t-on, enfin, d'écouter les mille voix qui s'élèvent chaque jour vers le pouvoir, et réclament à la fois un acte de réparation et de justice ?

Non, Messieurs, et l'ère nouvelle dans laquelle nous allons entrer s'ouvre aujourd'hui sous des auspices plus favorables. A des préventions injustes, à des renseignemens inexacts, nous voyons succéder le désir de connaître la situation naturelle des choses, les motifs de nos prétentions. On a pensé, enfin, que des réclamations si nombreuses, des plaintes si générales, des demandes si énergiquement renouvelées, ne pouvaient pas être l'effet d'un caprice ou d'un orgueil exagéré ; qu'elles devaient reposer sur des bases plus solides, et qu'au seul intérêt universel était désormais attaché le problême de leur solution. Mais pour obtenir les éclaircissemens nécessaires, le gouvernement avait besoin de notions spéciales, de développemens positifs, que pouvait seul recueillir un homme spécial, une intelligence éclairée. Il est venu parmi nous, cet homme avec une mission scientifique digne de notre époque ; il est venu à Toulouse, comme dans toutes les villes de France où elles sont également établies,

visiter notre École Secondaire de Médecine, sonder les plaies qui les affligent, et pour tâcher du moins, en détruisant l'état d'humiliation où la loi les a condamnées, de rendre à l'instruction qu'elles sont chargées de répandre, la force et la dignité qui leur sont interdites. Puissent ses vœux que nous avons entendus nous-même se réaliser un jour ; puissent ses projets longuement médités recevoir une exécution franche et entière ; puisse l'autorité supérieure, mieux instruite de nos besoins, mieux fixée sur les intérêts de la science, mieux renseignée sur de graves abus, donner à ce même enseignement une base plus large, des ressources plus étendues, des proportions plus en harmonie avec les progrès de nos découvertes, et qu'enfin nous voyions disparaître pour jamais, du foyer même de nos Écoles, cettte institution bâtarde, qui, sous le nom de Jury médical, inonde la France de médiocrités ; véritable fléau dont les besoins impérieux de l'époque déplorable de sa création pouvaient seuls invoquer l'existence, mais qui, quoique flétri dans l'opinion générale, repoussé par l'anathême soulevé par le produit de ses tristes travaux, se maintient encore, et finirait, comme les préjugés aux racines d'or, par s'implanter dans les usages et les intelligences communes !

Il est donc permis d'espérer des améliorations importantes dans notre instruction médicale. Il est permis d'espérer que les hommes appelés par les suffrages de leurs concitoyens à protéger et à régir nos institutions, sentiront plus que jamais le besoin de réunir leurs efforts, et d'établir sur le vaste sol de notre belle patrie un plus grand nombre de Facultés de Médecine. L'expérience a, en effet, suffisamment démontré les inconvéniens d'une centralisation trop restreinte, les dangers des doctrines qui partent de ces localités privilégiées, pour imposer à une génération entière et leurs dogmes et leurs systèmes. Une opinion trop exclusive ou trop séduisante n'a même souvent fait tant de prosélytes, que parce que l'absence d'autres Écoles l'empêchait d'être combattue, et qu'elle arrivait ainsi au milieu des populations, entourée de tous les prestiges qu'un mode différent d'enseignement aurait inévitablement détruit.

Toutefois, nous ne voulons pas méconnaître dans ces réflexions les avantages immenses que présente aux élèves leur séjour dans les Facultés de Médecine jusqu'à présent établies en France. Nous savons avec quelle profusion le gouvernement y a répandu, et y répand encore tous les jours, les richesses intellectuelles, les trésors de la science : nous rendons un hommage public et bien senti aux célébrités contemporaines, à ces hommes distingués qui remplissent leur carrière d'une manière si honorable, et consacrent tous leurs loisirs à la propagation des lumières, aux mouvemens des idées. Mais ces foyers ardens, ces centres perpétuels d'où jaillissent tant de belles, tant de brillantes clartés, doivent-ils toujours être les seuls capables de jeter un si grand éclat ? Faut-il ainsi borner le cours de l'enseignement médical, le resserrer dans des bornes aussi étroites, et

dans cette immensité de pays qu'on appelle la France, dans cette population active et nombreuse, se contenter d'un cadre aussi rétréci? Pour atteindre plus sûrement le but proposé, pour faciliter les progrès, et mieux vivre de cette vie intellectuelle qui entoure de tant d'agrémens et de bonheur la vie matérielle, une administration sage et prudente devrait, au contraire, disséminer ces foyers d'instruction, sans calculer rigoureusement les distances. En conservant à la capitale ce concours heureux de tant d'intelligences qui en font à la fois l'ornement et la gloire, elle devrait, dans sa sollicitude, diriger le gouvernement vers une plus juste répartition de ses faveurs et de ses priviléges ; car partout où ils viendront stimuler la pensée, partout on verra s'agrandir en France les sources d'instruction, se multiplier les lumières, et donner à la génération actuelle ce caractère d'élévation et de progrès vers lesquels elle est naturellement portée.

Enfin, si tous ces motifs puissans, si toutes ces raisons plausibles, ne portaient pas encore la conviction dans l'esprit de ceux qui gouvernent ; si, constans dans leurs projets, inébranlables dans leurs résolutions, ils s'obstinaient dans leurs erreurs, et maintenaient encore dans ses prérogatives la centralisation funeste dont l'influence paralyse nos efforts et tue l'avenir de la science, que, du moins, l'intérêt de l'humanité, la volonté de faire le bien, le besoin de répandre une instruction positive, puissent éclairer leur conscience et les ramener dans le sentier véritable, en les préservant de l'abyme. En concentrant, en effet, en fixant dans le même lieu, dans les mêmes hôpitaux, dans les mêmes amphithéâtres, une foule si nombreuse, une véritable population d'étudians, ne va-t-on pas directement contre le but qu'on s'est proposé d'atteindre? Est-il possible qu'au milieu d'une confusion produite par un si tumultueux rassemblement, l'enseignement se fasse avec calme, avec méditation, avec profit; que des leçons jetées du haut d'une chaire, devant un si grand auditoire, soient jamais profitables; qu'une science qui exige des études si paisibles, des travaux si assidus, une réflexion si profonde, progresse efficacement dans des circonstances si défavorables? Comment, enfin, au milieu de ces quatre mille étudians qui encombrent les hôpitaux de Paris, chacun pourrait-il trouver place à l'observation sévère des faits, à cette minutieuse et consciencieuse appréciation des nuances qui en changent la face, en modifient l'importance, et sans la connaissance desquels le médecin ne peut pas exister? De là, ces éducations inachevées, ces études incomplètes, ces demi-savoir, qui exploitent notre sol désolé : ignorance d'autant plus déplorable, qu'elle ne se montre qu'avec les attributs de la science, et armée de ce diplôme menteur qui lui donne le droit de veiller, en les compromettant, aux intérêts les plus chers de l'humanité.

En présence de si graves abus, comment se fait-il que des esprits éclairés, des intelligences supérieures, entretiennent encore le gouvernement dans une erreur dont la science et l'humanité ont eu tant à souf-

frir ? Ces abus cesseraient d'eux-mêmes si l'on multipliait les foyers de lumière, si l'on plaçait d'autres centres d'instruction médicale dans les villes qui offrent tous les élémens nécessaires à en propager les bienfaits ; car il importe, dans ces nouvelles créations, de bien choisir le terrain sur lequel on voudrait les fonder. Tous les champs ne sont pas également propres à une égale culture : malgré les soins du cultivateur, tous ne pourraient pas produire les mêmes fruits. Il en serait de même des institutions qui ne trouveraient pas dans nos cités les conditions nécessaires à leur développement et à leur progrès. Jetées, en quelque sorte, sur un sol inhospitalier, ne trouvant parmi les goûts, les usages déjà consacrés des habitans, qu'une résistance invincible, leur but serait totalement manqué. Elles se traîneraient avec langueur au milieu des obstacles qui les repousseraient sans cesse ; et, sans utilité, comme sans avenir, elles viendraient accuser le vice de leur position et l'incurie des prévisions sous lesquelles elles auraient puisé l'existence.

Sous ce rapport, Toulouse n'a rien à craindre. Elle se présentera la première avec confiance au choix de la nation ; car, comme nous l'avons déjà fait entrevoir, elle possède dans ses murs toutes les conditions requises, toutes les exigences reconnues, tous les élémens propres au développement de ses progrès. Si nos pressentimens ne nous trompent pas, si nous pouvons encore avoir foi dans nos espérances, notre cité ne tardera pas à posséder dans son sein une Faculté de Médecine : elle la devra, non-seulement à un acte éclatant de justice, aux vives réclamations de ses honorables mandataires, aux sollicitations pressantes des autorités qui la régissent, aux efforts réitérés du chef de notre Académie, dont la volonté sage et ferme est pour nous une garantie puissante, mais encore aux sacrifices incessans et généreux que son administration locale s'impose chaque jour pour son établissement. Puissent ses vœux être bientôt exaucés ! puisse Toulouse reprendre avec éclat cette branche d'enseignement qui l'avait rendue si célèbre ! puissions-nous alors, dans la juste inspiration de notre zèle, applaudir aux sacrifices patriotiques de la cité, et graver sur le fronton du superbe monument que nous devons à sa munificence, cette noble inscription :

Aux Magistrats de Toulouse,
La Faculté de Médecine reconnaissante.

D'unanimes applaudissemens couvrent les derniers paroles de M. Ducasse, et témoignent de toute la sympatie de l'auditoire pour l'éloquent professeur et pour les pensées qu'il a si noblement exprimées.

Le silence se rétablit au moment où M. Lafont-Gousi se lève pour prononcer le discours de rentrée.

Il est bien à regretter que la voix du savant professeur, affai-

blie par une indisposition, n'ait pas permis à l'auditoire de suivre avec fruit toutes les parties de ce discours, où nous pouvons le dire, la science est *pressée* et déborde de toutes parts.

Tandis que M. Ducasse s'est plû à dire ce qu'a été l'Ecole de Toulouse depuis le commencement du dix-septième siècle, et ce qu'elle est en droit d'espérer, M. Lafont a jeté un rapide coup d'œil sur l'ancienne Faculté de Toulouse, enlevée de notre sol, comme tant d'autres bonnes choses, par les orages révolutionnaires; il nous a dit quelle était la doctrine et l'enseignement de cette Ecole au commencement du dix-septième siècle, et il résulte de la dissertation curieuse à laquelle il s'est livré, que des divisions nosologiques, publiées par quelques-unes de nos célébrités modernes, sont, à peu de chose près, les divisions tracées par notre illustre Sanchez, et ses élèves.

Nul n'est capable, mieux que M. Lafont-Gousi, de raconter ce que la vieille Faculté de Médecine de Toulouse a fait pour la science. L'inscription placée il y a plus de deux cents ans sur l'amphithéâtre de l'École, prouve, selon lui, combien à cette époque ce qu'on a appelé depuis anatomie pathologique était en honneur à Toulouse. Voici cette inscription :

Hìc locus est ubi mors gaudet succurrere vitæ,
Exuviasque suas satiata cruore reponit,
Ut prestent sanos aliena cadavera cives;
Hìc discreta manus durâ pietate recludit
Morborum insidias, fatisque prementibus obstat.

Qu'on veuille bien s'arrêter un instant sur le sens de ces vers, par trop ambitieux, et qu'on se rappelle en même temps que Morgagni n'avait pas encore paru !

Si le discours de M. Laffont n'était pas déjà imprimé, nous ne résisterions pas au plaisir de citer en entier le passage où le savant professeur de pathologie, après avoir passé en revue les systèmes du jour, expose, d'une manière simple et noble en même temps, quelles sont ses craintes pour l'avenir si l'on continue de marcher dans le sentier battu. Nous faisons des vœux pour que M. Lafon puisse, dans le cours de ses leçons, développer, au grand profit de ses élèves et de la science, le plan qu'il n'a fait qu'esquisser.

Après la distribution des médailles aux élèves de l'école pratique, M. le Recteur, dans un discours plein de finesse d'esprit,

d'ingénieux rapprochemens et de mesure, qui décèlent en lui le double mérite de l'écrivain distingué et de l'administrateur habile, a retracé la position difficile où se trouve le gouvernement au milieu des exigences plus ou moins fondées des grandes citées du royaume. Il a payé un juste tribut d'éloges aux professeurs de notre Ecole, et a fait ressortir avec bonheur les titres nombreux qu'a Toulouse au rétablissement de son ancienne Faculté. Des applaudissemens nombreux et long-temps soutenus ont accueilli les dernières paroles de l'orateur, lorsqu'en finissant il s'est écrié : « Un des beaux jours de ma vie sera, Messieurs, celui où je pourrai venir ici vous annoncer que l'Académie de Toulouse compte une Faculté de Médecine ».

Ces paroles sont pour nous d'un heureux augure, et nous assurent le concours franc et loyal de cet administrateur éclairé, pour seconder les vœux de notre École et ceux de nos contrées, trop long-temps oubliés par les dépositaires du pouvoir.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations nouvelles sur l'Ophthalmologie, ou sur le traitement des maladies des yeux, par le docteur Émile Delmas-Débia (*Paris,* 1837).

Sous ce titre, M. le docteur Delmas-Débia vient de publier un véritable Manuel pratique d'Ophthalmologie. Cette branche de l'art de guérir, après avoir pris naissance en France, y a été long-temps négligée. Excepté les affections qui, comme la cataracte ou la fistule lacrymale, exigent des opérations délicates pratiquées par un habile chirurgien, les autres maladies de l'œil ont été abandonnées à des *oculistes*, dont la plupart n'étaient que de misérables charlatans. En Allemagne, au contraire, la science ophthalmologique a fait de remarquables progrès, grâce aux études de nombreux et zélés praticiens. M. le docteur Sichel a fait connaître, par ses cliniques et ses écrits, les utiles découvertes de ses compatriotes, et c'est un résumé de sa doctrine que M. Delmas-Débia offre au public médical.

Dans cet ouvrage, les diverses ophthalmies sont rapportées à six espèces, présentant des symptômes caractéristiques, et réclamant un traitement spécial. L'auteur a évité ici le double écueil de ceux qui n'admettent qu'une ophthalmie, et de ceux qui, prenant des variétés et des complications pour des affections différentes, ont inutilement alongé la nomenclature. Le diagnostic est exposé d'une manière simple, claire et précise ; le traitement spécifique nettement indiqué. L'auteur ajoute quelques observations peu nombreuses, mais propres à faire ressortir les

différences de symptômes et de traitemens. En un mot, nous n'avons que ces éloges à donner à cette première partie du travail de M. Delmas-Débia.

La seconde partie traite des diverses espèces de cataracte, du traitement qu'on peut quelquefois leur opposer dans l'origine, de l'opération qu'elles réclament presque toujours. Ici nous trouvons un résumé clair et succinct des diverses méthodes proposées ; mais rien qui ne se trouve dans les ouvrages de chirurgie ordinaire.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'amaurose, maladie où le médecin, et M. Delmas comme un autre, ne voit guère plus clair que son malade.

Les figures qui sont jointes à cet opuscule laissent beaucoup à désirer sous le rapport de l'exécution. C'est un reproche grave que nous adressons là à l'auteur ; car autant les bonnes figures sont utiles, autant les mauvaises sont nuisibles en donnant des idées fausses. Au reste, malgré ce défaut, nous regardons cet opuscule comme pouvant être très-utile aux praticiens, et nous le recommandons à nos abonnés.

A. Q.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Bons effets du Tannate de plomb dans les plaies et les escharres du Sacrum.

Dans les fièvres de mauvais caractère, et généralement dans toutes les maladies qui nécessitent le décubitus dorsal prolongé, il est rare que la peau qui recouvre le sacrum, comprimée entre cet os et la couche, ne s'excorie, ne se gangrène dans une plus ou moins grande étendue. Cette complication, toujours d'un caractère assez grave pour réclamer la sollicitude du praticien, est souvent très-difficile à guérir, malgré les soins les mieux entendus.

M. Authenriett se servait d'un moyen très-efficace qu'on avait négligé, mais que M. Tott vient de ressusciter, et dont il retire de grands avantages dans les escharres du sacrum : c'est le tannate de plomb, qu'on prépare en versant goutte à goutte de l'acétate de plomb dans une décoction de chêne, jusqu'à ce qu'il se forme un précipité ; on décante la liqueur, et l'on se sert de ce qui reste au fond du vase, en l'étendant comme un onguent sur un morceau de toile. On pense les ulcères deux fois le jour, en observant que cette substance soit fraîchement préparée. On peut l'associer avantageusement à l'onguent rosat, si on veut l'activer ; faut-il l'affaiblir, on la mêle à l'axonge.

NÉCROLOGIE.

La science vétérinaire vient de faire une bien grande perte par la mort de M. Moiroud, directeur de l'École Vétérinaire de Toulouse, qui a succombé, le 12 Novembre, à une courte, mais douloureuse maladie. Fixé depuis bien peu de temps parmi nous, ses qualités nombreuses n'en avaient pas moins été appréciées par tous ceux qui avaient pu juger du zèle avec lequel il s'occupait a répandre autour de lui la science profonde qu'il devait à une vie entière de travail. Aussi a-t-il été accompagné à sa dernière demeure par une foule nombreuse, au milieu de laquelle on remarquait tous ses collègues de l'Ecole Vétérinaire, les députations des divers corps savans de la ville de Toulouse auxquels il appartenait, et les amis nombreux que lui avait attirés un caractère plein de bienveillance et de loyauté.

Notre journal aussi a fait une perte sensible. A une époque où l'on sent de plus en plus la nécessité de s'aider de toutes les connaissances humaines, pour porter la lumière dans les mystérieuses ténèbres qui couvrent encore tant de points de l'art de guérir, les Médecins fondateurs du *Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse* avaient dû appeler à eux le concours de M. Moiroud et de ses collègues. Ces représentans de la médecine comparée s'étaient hâtés de s'associer à notre pensée, et de nous assurer leur loyal concours. M. Moiroud avait été désigné pour faire partie du Comité de rédaction, et dans les séances peu nombreuses où nous avons pu l'entendre, nous avons tous compris ce que ses idées avaient de large et de juste.

Disons, en terminant, ce qu'a été la vie de M. Moiroud. Nous en emprunterons les détails au discours d'adieu, prononcé sur sa tombe par M. Bernard, qui fut successivement son condisciple, son collègue, et toujours son ami.

Louis Moiroud, né en 1797 dans le département du Rhône, entra à 15 ans à l'Ecole Vétérinaire de Lyon, où il ne tarda pas à être nommé élève répétiteur des cours de chimie et de pharmacologie. En 1815, il fut choisi par M. Dulong pour répétiteur des cours de physique et de chimie à l'Ecole d'Alfort. A peine agé de 20 ans, il entra comme vétérinaire au 1.er régiment d'artillerie, et là, dans un cours d'hyppiatrique professé devant les jeunes officiers de la garnison, il ne tarda pas à faire connaître son talent de professeur distingué.

En 1834, il entra, par la voie du concours, à l'Ecole Vétérinaire de Lyon, et bientôt après il publia sa *Matière Médicale Vétérinaire*, ouvrage adopté aujourd'hui comme classique dans toutes les Ecoles vétérinaires de France. Enfin, en 1832, il fut nommé directeur de l'Ecole de Toulouse, et cette position élevée fit bientôt connaître ses talens d'administration. Il est mort emportant avec lui les regrets de ses supérieurs, de ses collègues et de ses élèves, et laissant vide une place difficile peut-être à remplir.

TRAVAUX ORGINAUX.

DU TAXIS A PLEINE MAIN POUR LA RÉDUCTION DES HERNIES,

PAR M. CAYREL FILS.

« Le taxis, considéré d'une manière générale, est une méthode » quelquefois utile, souvent nuisible, et toujours dangereuse ».

Tel est l'avertissement sévère que nous donnent les meilleures monographies chirurgicales. Boyer, ce praticien par excellence, affirme que pour peu que l'étranglement inflammatoire soit considérable, le taxis est impossible. Les résultats de cette manœuvre lui paraissent même si dangereux, qu'il n'hésite pas à conseiller l'opération aussitôt que l'étranglement inflammatoire est reconnu. « On s'expose, en agissant ainsi, dit ce chi- » rurgien, à opérer quelques hernies réductibles; mais, du » moins, on évite les résultats fâcheux d'un retard, ou de manœuvres dangereuses ». Desault partageait en partie cette opinion; Richter ne croit pas même à l'efficacité possible du taxis dans l'étranglement; enfin, de nos jours la presque totalité des chirurgiens se range de l'avis de Sabatier, qui, du moment qu'une hernie est douloureuse et tendue, qu'elle présente les signes caractéristiques d'un véritable étranglement, que les antiphlogistiques sont restés impuissans pour la réduction, ne voit d'autre ressource que l'opération.

Alors que d'aussi puissantes célébrités nous imposent l'autorité de leurs noms et de leur expérience, devons-nous humblement reconnaître notre impuissance, et nous arrêter aux limites qu'a marqué le génie ? La science, il est vrai, n'est déjà que trop encombrée de découvertes, de moyens nouveaux, d'opérations modifiées, pour ne pas s'exposer à grossir le nombre des inutilités ; et si j'ai consenti à publier ce travail, il n'a fallu rien moins que la ferme conviction de l'utilité que l'on peut retirer de ces observations. Il est, peut-être, bien téméraire à moi de lutter d'opinion avec tant d'illustrations, et de répondre à ceux qui excluent toute manœuvre de taxis dans les étranglemens inflammatoires comme inutile et dangereuse, que l'on

peut, au contraire, l'admettre comme utile et sans danger. Tel est pourtant mon avis, et je pense que sur un nombre donné de hernies étranglées, vouées à l'opération, on pourra en réduire la majeure partie par le taxis à pleine main.

Ce moyen n'est pas nouveau, il a déjà été publié par M. Amussat; du reste, pas plus que moi, ce dernier ne peut en réclamer la priorité. Il y a plusieurs années, je le vis employer pour la première fois à l'hôpital du Val-de-Grâce par M. Gama, chirurgien en chef de cet hôpital; il est même presque entièrement décrit dans Sabatier; mais il est vaguement indiqué, sans importance spéciale. D'ailleurs, son application avait été presque entièrement proscrite dans l'étranglement inflammatoire, circonstance où il me paraît heureusement employé. Ce taxis a été mal conçu parc eux qui l'ont déjà examiné, quand ils lui ont attribué des inconvéniens qu'il est loin d'avoir, et qui, j'en conviens, appartiennent au taxis ordinaire.

C'est présisément dans les hernies étranglées que ce procédé m'a réussi, et je ne le propose que lorsque des faits nombreux, bien constatés, m'ont mis à même de m'assurer de son efficacité. Parmi ces faits, j'en prends trois récens.

1.re OBSERVATION.

L'un est un enfant de deux ans, fils d'un négociant. Cet enfant avait une hernie inguinale qui s'était étranglée, et auprès duquel avait été appelé un médecin. La hernie formait une tumeur rouge, douloureuse, très-dure, du volume d'un gros œuf de pigeon. Déjà des vomissemens avaient eu lieu; toute tentative de taxis paraissait si douloureuse, la tumeur était même si enflammée, qu'on s'empressa de faire une application de sangsues suivie de cataplasmes. Lorsque je vis le jeune malade, la hernie ne paraissait pas avoir éprouvé d'amélioration : les vomissemens continuaient; l'enfant était dans une anxiété extrême. Il n'avait pas dormi depuis plus de vingt-quatre heures; il était alors huit heures du soir, et la hernie datait de la veille. Je plaçai le malade sur un lit dans une position convenable; je passai une main sous la cuisse soulevée, j'embrassai exactement avec elle la tumeur, tandis que de l'autre main, placée sur l'abdomen, je complétais et régularisais la compression. La hernie fut ainsi maintenue dans la direction de l'anneau, de telle sorte que, pressée légèrement et uniformé-

ment dans toute son étendue, tout l'effort se portât du côté du canal. L'enfant, qui s'agita beaucoup d'abord, supporta bientôt cette légère pression sans se plaindre; il semblait même que la hernie, livrée à elle-même, fût plus douloureuse que lorsque ma main la comprimait. Je restai long-temps sans bouger ni augmenter la pression; j'avais le soin seulement de maintenir les parties à la même place. Bientôt l'enfant s'endormit d'un sommeil léger, mais continu, et au bout de deux heures et demie, la hernie fut réduite sans que la moindre douleur vive ait troublé ce repos.

2.e OBSERVATION.

Une femme ayant négligé de mettre son bandage, eut, après un effort, une hernie crurale étranglée. J'arrivai cinq heures après: ici la hernie, du volume d'un œuf de poule, était étranglée avec nausées, rougeur et rénittence de la tumeur. J'employai la compression uniforme, et il ne me fallut qu'une demi-heure pour la réduction. Comme chez l'enfant précité, du moment que j'eus appliqué la main sur la hernie, les douleurs furent imperceptibles, et la femme n'accusa que cette douleur d'étonnement, si je puis m'exprimer ainsi, qui accompagne la rentrée des viscères dans l'abdomen.

3.e OBSERVATION.

Le troisième fait m'a été fourni par un chirurgien de cette ville, qui me fit appeler auprès d'un malade qui portait une hernie étranglée depuis cinq heures. Ce chirurgien avait tenté la réduction à plusieurs reprises, pendant deux heures; mais les souffrances et l'indocilité du malade avaient épuisé ses forces; d'ailleurs, un hoquet fréquent et incommode s'opposait à toute tentative efficace. La hernie était énorme, du volume de la tête d'un enfant, et de forme lobulée; la peau était saine, il n'existait pas d'inflammation, et l'étranglement n'avait lieu que par engouement; car il n'était pas difficile de reconnaître que cette énorme distention était produite par l'accumulation de gaz et de matières fécales. La seule difficulté que j'éprouvai, fut de pouvoir embrasser la tumeur dans toute son étendue: mes deux mains n'y suffisaient pas. Cependant je tâchai, en plissant la peau, de comprimer aussi exactement que possible. Bientôt je sentis une diminution dans le volume;

à mesure que cette diminution avait lieu, mes mains purent mieux embrasser la hernie dans tout son développement, et dans une demi-heure elle fut réduite. Comme chez les autres malades, cette opération fut sans douleur appréciable.

Déjà l'on a dû voir, dans ces trois observations que je me borne à citer, le mécanisme de ce procédé ; il est très-simple : saisir la hernie avec une ou deux mains dans toute son étendue, de manière qu'il n'y ait pas une portion de sa surface qui ne soit en contact avec la main de l'opérateur ; la ramener dans une position convenable à l'ouverture abdominale ; presser modérément et uniformément sur le fond et les parties latérales, de manière que tout l'effort de cette pression soit dirigé sur l'étranglement ; maintenir cette pression continue, sans secousse, sans mouvement, jusqu'à réduction complète : tel est le procédé dont j'ose garantir l'efficacité. Il faudra quelquefois deux, trois heures, avant de réussir ; mais qu'est le temps auprès du succès que vous obtenez, et d'une opération douloureuse que vous évitez ?

Étudions à présent le mécanisme de ce taxis, et voyons s'il mérite les reproches qu'on a pu lui lui faire, et qui appartiennent aux autres moyens de réduction. On a reproché au taxis son impossibilité dans les hernies enflammées, à cause de la rénittence et de la sensibilité des tissus; son danger, à cause des désordres que peut occasionner une pression trop forte sur des parties enflammées et délicates. Les nécrologies rapportent des exemples d'intestins crevassés par ce moyen. Oui, toute pression peu méthodique peut occasionner ces accidens, et à ce titre je mets en première ligne le taxis comme je l'ai vu opérer, comme l'ont conseillé quelques auteurs. En effet, ces efforts pour fractionner la tumeur exposent à des manœuvres douloureuses, et c'est bien ce massage fatal qu'ont réprouvé avec juste raison les praticiens. L'on pourra objecter que quelques-uns, Boyer, Sabatier entr'autres, avaient bien recommandé de presser la tumeur dans tous les sens ; mais si l'on examine bien leur procédé, on verra qu'ils n'avaient pas recommandé, comme je le fais, de s'en tenir à une seule application des mains, que l'on prolonge sans repos jusqu'à réduction. Il est probable que, comme la plupart des chirur-

giens, ils renouvelaient les tentatives; et ce qui forme la spécialité du taxis à pleine main, c'est de rester, s'il le faut, plusieurs heures les mains appliquées sur la hernie. Le genre de pression me paraît aussi différer entièrement de celui que l'on employait.

En observant avec attention ce qui se passe dans une hernie étranglée réduite par la pression uniforme, on voit une masse épiploïque ou intestinale pressée de toutes parts *sans relâche :* il doit s'y passer un mouvement moléculaire qui, recevant son impulsion de tout côté, doit nécessairement communiquer la somme de ce mouvement au seul point que laisse libre la pression de la main: ce point est l'étraglement. Là vient frapper cette action d'autant plus puissante, qu'elle est lente, graduée et continue, et l'on sait que les tissus vivans, quelle que soit leur résistance, doivent nécessairement céder à une force ainsi calculée. La thérapeutique chirurgicale appuie une partie de ses moyens sur cette vérité. Mais ce résultat, la dilatation de l'étranglement, combien il sera facile de l'obtenir, lorsqu'une certaine quantité de sérosité sera contenue dans le sac! Alors le premier effort sur l'étranglement aura lieu par le liquide, et c'est à cette circonstance, qui se rencontre presque toujours dans les étranglemens, que je rapporte la facilité avec laquelle j'ai pu réduire quelques hernies prêtes à être opérées. Si l'on cherche à réduire ces hernies, on sent d'abord sous la main une rénittence très-forte qui cède dans un moment donné d'une manière appréciable. Alors le flot du liquide a vaincu la résistance, et le travail est à demi-terminé.

C'est donc en particulier aux étranglemens inflammatoires que ce procédé est applicable, étranglemens auxquels la plupart des auteurs n'opposent que l'opération. Quand aux étranglemens par engouement, la troisième observation prouve l'utilité du moyen: en effet, une hernie distendue par des gaz ou des matières fécales, sera plus efficacement vidée par ce procédé que par tout autre. C'est ici surtout qu'on peut se récrier sur ces moyens barbares, qui consistent à pétrir, à alonger la tumeur pour rappeller la circulation des matières.

Il m'a suffi, sans doute, d'exposer la nature et les moyens de ce taxis pour en faire comprendre toute l'innocuité. Aucune partie n'est froissée, contuse; la pression est générale, mo-

léculaire et si peu nuisible, que l'on voit les malades n'accuser aucune douleur. Quand au résultat, j'en appelle à l'expérience.

Parmi les nombreux moyens que l'on a proposés, on sera frappé des points d'analogie qu'offrent ceux qui ont quelquefois réussi, avec celui dont il est question. Tout le monde connaît l'histoire de cet enfant qui fut promptement guéri d'une hernie que l'on allait opérer par une forte affusion d'eau froide; on sait aussi l'heureux emploi de quelques astringens. Quel a été le mode d'action de ces moyens? Ont-ils augmenté le mouvement péristaltique des intestins, et, par suite, provoqué leur réduction? Je ne le nie pas, mais j'aime mieux croire à une rétraction, à un plissement de la peau, qui, sous l'influence d'une application froide se resserrait et diminuait ainsi la capacité du sac, et refoulait d'une manière presque aussi méthodique que le taxis dont j'ai parlé, les intestins dans leur cavité. Peut-on comprendre autrement le procédé du docteur Kochler, au moyen des ventouses? On n'ira pas imaginer que ces ventouses portent leur action aspirante jusque dans la cavité abdominale; elles froncent la peau, et agissent en résultat comme l'eau froide, en diminuant la cavité herniaire; mais ce moyen doit être fort douloureux et inapplicable dans les hernies enflammées.

Je ne pousse pas plus loin l'emploi de ce procédé dans les différentes complications de l'étranglement; il est d'une application générale, sauf des exceptions dépendantes de la nature des hernies: on a déjà compris que je veux parler des adhérences, des étranglemens internes, enfin, de tout ce qui rend la réduction impossible sans opération. Mon opinion n'est pas non plus tellement exclusive, qu'elle proscrive d'autres secours, tels que les antiphlogistiques dans les étranglemens inflammatoires, les lavemens irritans dans les hernies engouées. Cependant je dois dire que, loin de donner ma confiance à certaines applications antiphlogistiques, comme les sangsues, les cataplasmes, je crois, au contraire, à l'exemple de Benjamin Bell, Pott, Richter et Lawrence, que ces moyens ne font qu'empâter la tumeur, et rendre, par suite, la réduction plus difficile.

OBSERVATION DE SUICIDE,

CONSIDÉRÉ SOUS LE RAPPORT DE LA MÉDECINE LÉGALE,

PAR M. SÉVÉRIN CAUSSÉ, D'ALBI.

Le sieur X*** comparaissait devant la cour d'assises du Tarn, accusé d'un double crime qui devait le faire monter sur l'échafaud si le jury reconnaissait sa culpabilité. Les débats l'avaient démontrée; tout espoir devait s'évanouir pour le coupable, lorsqu'on le ramena le soir dans la prison. Il fut enfermé dans un même cachot avec un autre détenu. Son souper consista en quelques pommes de terre préparées en salade. Il passa la nuit sans montrer la moindre agitation.

Le lendemain, X*** fut laissé seul quelques instans, vers les sept heures du matin. Le malheureux en profita pour mettre fin à ses jours, en se coupant la gorge : on le trouva baigné dans son sang, et donnant encore quelques faibles signes de vie.

Nous vîmes X*** quelques heures après son suicide. Un des murs de son cachot présentait plusieurs gouttes de sang qui avaient été manifestement dardées sur ce point. Il était étendu sur le lit de camp; sa face était pâle et décolorée, aucune trace de contraction ne se remarquait dans les muscles de la face, et cependant sa physionomie était très-mobile de son vivant; on l'aurait pris, enfin, pour un homme profondément endormi.

On remarquait de nombreuses et larges blessures au cou; elles étaient au nombre de sept, et l'instrument vulnérant, un rasoir bien affilé.

1.° Le première blessure, d'après l'ordre numérique, et en comptant de bas en haut, était la plus étendue en longueur; elle se dirigeait de gauche à droite, et un peu obliquement de haut en bas; elle était située au niveau des premiers anneaux de la trachée artère, qui était divisée dans toute sa partie antérieure; son point de départ était à gauche, près du bord externe du muscle trapèze. Le tissu de la peau avait été divisé dans son entier. Le muscle sterno-cleido-mastoïdien gauche n'avait pas été atteint, tandis que celui du côté droit nous présenta la section de quelques fibres musculaires; c'est là seulement que se bornait l'incision.

2.° A quelques lignes au-dessus de la section de la trachée en était une autre moins profonde. L'instrument avait donc agi en deux fois dans cette même entaille.

3.° Une autre plaie, située à quatre ou cinq lignes au-dessus de celle que nous venons de décrire, partait du côté gauche en se dirigeant vers le côté droit; mais son point de départ était moins reculé que celui de la précédente, n.° 1. Elle divisait la peau, n'atteignait pas les muscles sterno-cleido-mastoïdiens, mais ouvrait largement le larynx entre le cartilage thyroïde et cricoïde. La direction était encore plus oblique de haut en bas et de gauche à droite, que celle n.° 1; ce qui faisait qu'elle allait se confondre avec elle pour n'en former qu'une seule à droite. Les bords de ces plaies étaient fortement rétractés, quoique les muscles fussent presque intacts.

4.° La quatrième était située à la partie droite du cou, à quelques lignes au-dessus de la terminaison de la troisième; elle avait deux pouces d'étendue, sa direction était presque parallèle à l'axe du cou; toutefois, il y avait un peu d'obliquité de haut en bas et d'arrière en avant; l'extrémité supérieure prolongée vers le haut serait arrivée droit au lobule de l'oreille, tandis que l'extrémité inférieure serait tombée quelques lignes au-dessus de la terminaison de la plaie n.° 3. La peau était seule divisée, ainsi qu'un peu de tissu cellulaire; les bords étaient seulement écartés de près d'un demi-pouce. Cette plaie, selon toutes les apparences, a été la dernière que s'est portée le malheureux X***.

5.° Les cinquième, sixième et septième partaient aussi du côté gauche du cou. Ces trois plaies, qui étaient divergentes de ce côté, et distantes les unes des autres de quelques lignes, finissaient par converger et se réunir au niveau de la membrane thyroïdienne; celle-ci était divisée à droite, ainsi que tous les muscles qui la recouvraient. Par suite de la réunion de ces trois plaies, il y avait, à droite du larynx, une espèce d'excavation à bords irréguliers et comme mâchés. La lèvre inférieure de ces plaies réunies présentait une bandelette de peau, dont l'angle, libre et aigu, était tourné à gauche. C'est dans cet endroit que l'artère thyroïdienne supérieure et droite avait été divisée à un pouce de son origine.

Si maintenant, faisant abstraction de tous les faits que nous connaissons, nous nous demandons, 1.° quelle est l'arme qui

a servi à faire ces blessures? 2.° ont-elles été faites de droite à gauche ou de gauche à droite? 3.° leur multiplicité pourrait-elle faire croire à un assassinat? 4°. dans cette supposition, le crime aurait-il pu être commis sans que la victime eût fait entendre des cris? 5.° quelles sont les plaies qui ont dû être faites les premières? 6.° la division de l'artère thyroïdienne peut-elle être considérée comme la cause de la mort? 7.° ou bien, celle-ci peut-elle tenir à d'autres accidens?

Si nous avons cru devoir soulever ces diverses questions à l'occasion d'un suicide dont les élémens nous sont presque tous connus, c'est parce que de leur solution nous tirerons des conséquences utiles pour les cas où une main étrangère aura dirigé l'instrument. Nous ne manquerons pas d'observations à l'appui de ce raisonnement. Étudier l'histoire du suicide, observer les faits qui se presentent, c'est se préparer des matériaux pour résoudre des cas complexes, ou sur lesquels il y a des doutes. C'est, en effet, dans le suicide, dit Devergie, que les faits sont plus nécessaires que dans les autres points de la science.

Reprenons donc ces questions une à une, et tâchons de les résoudre.

1.° *Nature de l'arme.*

Nul doute que dans l'espèce ce n'ait été un instrument bien affilé, la preuve en est dans la netteté des sections, les parties ayant été exactement coupées sans déchirure, sans dilacération, surtout à gauche. Dans divers cas de suicide que nous avons été appelé à vérifier, nous avons toujours trouvé l'arme à coté de la victime; mais il arrive quelquefois que les meurtriers, pour donner le change, placent un instrument, soit à côté, soit même dans la main de celui qu'ils viennent d'égorger. Reste alors au médecin-légiste de déterminer si les blessures ont pu être faites avec l'arme représentée. Un homme qui s'est suicidé dernièrement aux environs d'Albi, et qui, d'un seul coup de rasoir porté quelques lignes au-dessus du sternum, s'était divisé les muscles sterno-mastoïdiens, la trachée artère, et tous les vaisseaux qui se trouvent dans cette partie, fut trouvé baigné dans son sang, tenant dans sa main droite un rasoir ensanglanté et *fermé*. Ce fait est important, car il établit qu'un individu peut se porter un coup mortel en quelques minutes;

et cependant avoir encore assez de force pour fermer l'instrument avec lequel il vient de se blesser.

2.° *Direction des blessures.*

Dans le suicide dont nous cherchons à apercevoir les diverses circonstances, les blessures ont été faites de gauche à droite. En effet, à gauche, la section est nette, régulière, tandis qu'à droite il y a mâchure des chairs et des gerçures nombreuses occasionnées par le talon de l'instrument. Une autre preuve, c'est qu'à mesure que l'instrument a agi, les plaies sont devenues plus profondes; d'ailleurs, cette convergence des plaies dont plusieurs à droite n'en forment qu'une seule, puis cette bandelette de peau dont l'angle est tournée à gauche, ne sont-ils pas des faits assez caractéristiques pour motiver notre opinion, qui se trouve encore corroborée par l'obliquité de la blessure ? On sent de quelle importance il est de bien apprécier la direction d'une blessure, car du moment où elle est oblique de haut en bas, il y a lieu de soupçonner un crime; il faut s'enquérir, si l'individu était gaucher, car alors, d'après ce que nous venons de dire, on pourrait croire à un assassinat si l'on n'avait égard au point de départ de l'instrument. Souvent il faut rechercher si l'assassin n'a pas pu se placer derrière la personne à laquelle il porte atteinte, car alors cette blessure pourrait simuler un suicide. C'est ce qui eut lieu dans l'assassinat de la femme Duval : les premiers médecins avaient conclu au suicide, et cependant l'instrument du suicide présumé n'avait pas été retrouvé, des fractures du larynx n'avaient pas été signalées.

3.° *Leur multiplicité pourrait-elle faire croire à un assassinat?*

Il a été un temps où des blessures multipliées auraient pu faire croire à la mort violente et non volontaire de l'individu sur lequel on les aurait remarquées. Maintenant que des blessures multipliées opérées par la personne elle-même ont été plusieurs fois observées, on doit y apporter plus de circonspection. C'est ainsi que X*** a pu se porter sept coups de rasoir à la gorge, parce que chez lui la volonté était forte, et qu'il avait le plus grand intérêt à se détruire, afin d'éviter une condamnation capitale qui aurait réjailli sur sa famille. Naguère un vieillard, habitant d'Albi, fut trouvé dans un réduit obscur de

sa maison, avec une énorme blessure au cou, et deux autres placées aux poignets, de telle sorte que ce malheureux avait dû changer l'instrument de main pour produire ces deux dernières blessures.

Quel est le médecin qui ne croirait encore à un assassinat, s'il venait à faire la levée d'un cadavre sur lequel se trouveraient dix-huit blessures au bas-ventre, parmi lesquelles huit seraient pénétrantes ? [1] Cependant l'individu dont il est fait mention se les était portées lui-même. Ainsi donc, il n'est pas exact de dire que quand elles sont le fait du suicide, ces sortes de lésions sont toujours uniques; comme aussi de prétendre que si plusieurs coups sont portés lors d'un suicide, c'est toujours dans le même lieu, et dans le but de rendre la blessure plus grave.[2] Il faut avouer aussi que dans certains cas le médecin serait dans l'embarras, si l'individu qui se suicide ne laissait un écrit manifestant la volonté de se détruire.

4.° *La victime est-elle dans l'impossibilité de crier dans le cas de blessures à la gorge ?*

La connaissance de ce fait a souvent été utile dans la solution de plusieurs questions relatives à la médecine légale. Lorsque la trachée est ouverte, il ne peut y avoir phonation. Ceci explique comment des individus ont pu être assassinés sans que d'autres personnes placées dans des chambres voisines aient rien entendu. C'est ce qui arriva le 22 Juillet 1831, à Versailles, dans l'assassinat du jeune Formage. Dans ces cas, les experts doivent déclarer, d'après l'inspection de la blessure, s'il y a eu aphonie, et jusqu'à quel degré. Lorsque, au contraire, l'individu ainsi blessé est encore en vie, il est un moyen bien simple de le faire parler, et qu'Ambroise Paré a indiqué le premier; c'est de rapprocher les lèvres de la plaie l'une de l'autre : la parole revient alors, à moins que les cordes vocales n'aient été lésées. Le blessé peut alors nommer son meurtrier, comme aussi avouer que c'est bien lui qui a voulu se mutiler. Paré rapporte une observation afférente à ce dernier cas, et qui est du plus grand intérêt. Un allemand fut trouvé

[1] *Mémoires de l'Académie des Sciences*, année 1705.

[2] Voir plus bas une observation contraire, résolution de la quatrième question.

avec la gorge coupée, et d'autres coups au thorax et au ventre. Son serviteur, qui couchait dans sa chambre, fut accusé de ce crime, et fut mené prisonnier au Châtelet.[1] N'y aurait-il pas eu une victime, je le demande, si Paré n'eût point pratiqué la suture de la gorge, et eût laissé cet allemand dans l'impossibilité de confesser que c'était lui-même qui s'était porté à de tels excès, et décharger de tout son pouvoir son pauvre serviteur?

5.° *Quelles sont les plaies qui ont été faites les premières?*

Dans le suicide de X***, la plaie indiquée sous le n.° 1 a dû être faite en premier lieu; en effet elle est la plus étendue en longueur, et la rétraction des tissus plus prononcée que dans les autres. X*** croyait, sans doute, pouvoir se détruire d'un seul coup; voilà pourquoi cette blessure était si étendue, si nette et si régulière. Il avait promené l'instrument sur toute la face antérieure du cou; lorsqu'il vit que son but avait été manqué, il dut se faire les autres plaies toujours en remontant; mais on voit qu'elles diminuent en longueur, que les hachures sont très-prononcées à droite à l'endroit où les cinquième, sixième et septième se réunissent, comme si X*** avait été irrité de ne pas trouver l'endroit mortel.

La dernière fut, sans doute, celle que nous avons signalé à la partie droite, et dont l'étendue était de deux pouces environ. Si, dans le cas actuel, il est à peu près sans intérêt de savoir à quelle blessure est due la priorité, il n'en est pas toujours ainsi. Il est, en effet, souvent très-important de rechercher si c'est telle blessure qui a été faite en premier lieu, si d'autres ont eu lieu pendant la vie ou après la mort. On poursuit alors le crime pas à pas, on va jusqu'à calculer le temps qu'il a mis à opérer les diverses sections. Quel est donc le fil qui conduit le médecin-légiste à la découverte de la vérité? Ce n'est que la connaissance d'un phénomène vital, la rétraction des chairs et la stase sanguine dans les tissus. Faisons une application de ce fait, en citant une affaire capitale (l'assassinat de Ramus) où les médecins-légistes semblaient avoir assisté à la perpétration du crime. D'après la rétraction des muscles, ils déclarèrent que les assassins avaient d'abord coupé

[1] Ambroise Paré, liv. 10, chap. XXXI.

le cou, puis la jambe droite, puis la gauche. Ils tiraient ensuite cette induction, que si la plaie du cou avait été faite la première, Ramus devait être endormi, ou mieux, dans un état de narcotisme; car un crime aussi hardi ne pouvait avoir été entrepris sur un homme aussi robuste que Ramus dans un simple état de sommeil. La suite de l'instruction démontra que l'opinion des experts était fondée : de l'acide hydrocyanique fut trouvé dans l'estomac de Ramus et dans le domicile de l'assassin. On voit donc que les médecins-légistes sont partis de cette donnée, que la blessure du cou avait été faite la première : de ce fait ils ont tiré toutes les conséquences que nous venons de rapporter.

6.° *La division de l'artère thyroïdienne peut-elle être considérée comme la cause de la mort de X*** ?*

Non assurément, car cette branche de la carotide n'est pas assez considérable pour occasionner la mort d'une manière aussi prompte. D'ailleurs le sang répandu, soit sur les dalles du cachot, soit contre les murs, n'était pas en assez grande abondance pour faire présumer que la mort de X*** tenait à une hémorragie.

7.° *La mort a-t-elle donc pu être attribuée à d'autres causes ?*

Pour résoudre cette question, il est bon de parler maintenant de l'autopsie que nous fîmes du corps de X***; nous verrons alors à quoi put tenir une mort si instantanée, quoique ni les carotides, ni aucun organe essentiel à la vie, eût été atteint.

Autopsie du cadavre de X* faite le soir même de son suicide, à cinq heures, de concert avec le docteur Pendaries.**

X*** s'était suicidé le 23 Décembre, vers les sept heures du matin. La journée était froide ce jour-là, et il tomba un peu de pluie sur le soir. Le cadavre fut deshabillé vers une heure après midi, et laissé sur le lit de camp du cachot. Transporté ensuite dans la chapelle de l'hospice d'Albi, nous procédâmes à son autopsie vers les cinq heures du soir seulement.

La chaleur était encore très-prononcée; les chairs étaient décolorées, les membres étaient flasques, pas de roideur cadavérique.

Examinant le cou, nous nous assurâmes que la thyroï-

dienne supérieure droite avait été coupée à un pouce de son origine. *Les carotides étaient intactes, et sans la moindre blessure.* D'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, le sang trouvé sur les dalles n'était pas en rapport avec l'ouverture d'une de ces artères.

La trachée artère était coupée en quatre endroits, 1.° dans l'espace qui sépare le cartilage thyroïde de l'os hyoïde, 2.° entre le cartilage thyroïde et cricoïde, 3.° enfin, les anneaux supérieurs de ce conduit présentaient deux sections bien distinctes.

Le canal aérien ayant été ouvert d'un bout à l'autre, nous le trouvâmes rempli de mucosités sanguinolentes et écumeuses, s'étendant jusqu'aux principales ramifications bronchiques. Les poumons étaient sains, coupés par tranches; nous reconnûmes dans les vésicules pulmonaires un certain volume de petits caillots de sang noirâtre.

Le cœur de cet homme était *excessivement dur*, et ce n'est pas certes au figuré que nous le disons; son volume était ordinaire, ses cavités vides de sang.

L'estomac ne contenait pas d'alimens; quelques mucosités verdâtres et un peu de liquide de même couleur y étaient seulement. L'odeur en était acide et métallique; nous soupçonnâmes de suite le verd-de-gris. Les replis de la muqueuse étaient saillans; cttte membrane, lavée à grande eau, nous offrit une infinité de points rouges, un véritable pointillé, surtout vers les parties les plus déclives de l'estomac. Suivant toutes les apparences, X*** avait avalé un sel de cuivre, sans doute du verd-de-gris, car on en trouva quelques parcelles dans un peu de papier qui était dans son gilet; mais l'analyse chimique seule aurait pu en donner la certitude.

X*** est donc mort par empoisonnement, par hémorragie, et surtout par asphyxie.

Nous sommes portés à penser que presque tous ceux qui attentent à leurs jours s'ouvrent la trachée artère seulement, et meurent instantanément, périssant par cette dernière cause, l'asphyxie. Ne serait-il donc pas possible, lorsqu'on arrive assez tôt, de les rappeler à la vie en aspirant les caillots de sang qui se sont formés dans le canal aérien? car les plaies du cou ne tirent leur gravité que de la section des artères-carotides, des veines jugulaires, ou des nerfs importans qui accom-

pagnent ces vaisseaux. Or, si nous démontrons que ces parties sont rarement atteintes, il nous restera quelque espoir de sauver ceux dont la trachée seule a été ouverte, et qui meurent, non d'hémorragie, mais de suffocation.

Un perruquier, grand liseur de romans, ne parvint à se détruire qu'après avoir lu des livres de médecine, et trouvé la cause de deux tentatives vaines qu'il avait faites. *Deux fois* il s'était coupé la trachée artère, *deux fois* il avait été guéri par Dupuytren; mais la troisième, il attaqua l'artère carotide par un coup de rasoir, et succomba en quelques instans.[1]

Jonh Bell rapporte qu'un individu s'était fait une incision à la région cervicale antérieure, qui s'étendait depuis un lobule de l'oreille jusqu'à l'autre. *Les artères carotides avaient été seulement mises à nu.*[2]

Enfin X*** se porte sept coups de rasoir au cou, et ne peut parvenir à couper les carotides.

Ce qui arrive dans le suicide se rencontre assez souvent dans les assassinats. Les artères carotides plusieurs fois n'ont pu être atteintes malgré les blessures les plus larges et les plus profondes. Le jeune Formage est assassiné à Versailles pendant son sommeil; une blessure énorme est faite à la partie antérieure du cou, elle a 7 pouces 1/2 d'étendue en largeur, 3 pouces de profondeur; elle embrasse et comprend toute la moitié antérieure du cou et toute l'épaisseur des parties molles, jusqu'aux os qui forment l'épine. Les principaux vaisseaux du cou (artères carotides, veines jugulaires) sont respectés par l'instrument tranchant, et se trouvent placés tout près des deux angles de la plaie que limitent les deux muscles sterno-cleido-mastoïdiens.

Dans l'assassinat de la femme Duval, arrivé à Paris dans le mois de Janvier 1831, les experts trouvèrent au cou de cette dame une blessure transversale qui avait 3 pouces 9 lignes de diamètre, 12 pouces 3 lignes de circonférence, 2 pouces de profondeur et d'écartement, 2 pouces 1/2 quand la tête était renversée en arrière. Elle intéressait toutes les parties molles de la région antérieure du cou jusqu'à la colonne vertébrale, de sorte que le conduit alimentaire et celui de la respiration étaient coupés. Latéralement la plaie était bornée par les deux muscles

[1] Devergie, *Médecine Légale*, tom. 2, pag. 235.

[2] Jonh Bell, *Traité des Plaies*, pag. 471. Traduction d'Estor.

sterno-cleido-mastoïdiens qui avaient été coupés dans la moitié de leur épaisseur; plus profondément étaient placées les *artères carotides et les veines jugulaires, intactes dans toute leur longueur.*

L'auteur de l'article *Trachée,* dans le *Dictionnaire de Louis,* est donc dans l'erreur, lorsqu'il dit que lorsqu'une blessure a pénétré jusqu'à l'œsophage, les artères carotides ont dû être atteintes.

Nous pourrions encore citer une foule d'observations consignées, soit dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* soit dans d'autres auteurs, pour établir d'une manière positive le fait en question; mais nous préférons examiner pourquoi ceux qui veulent se suicider manquent si souvent leur but, qui est sans doute la section des carotides. Ignorant l'endroit où ces vaisseaux sont le plus à découvert, ils se portent en général des blessures beaucoup trop haut, immédiatement au-dessous de la mâchoire; alors la cavité buccale est ouverte ou bien la trachée est divisée; mais la mort n'arrive pas. Cet homme qui se suicida dernièrement aux environs d'Albi n'eut besoin que d'une seule blessure pour se donner la mort; mais celle-ci était transversale, et quelques lignes seulement au-dessus du sternum. En effet, c'est là que les artères carotides ont le plus superficielles, car à mesure qu'elles montent, elles s'enfonçent sous les muscles sterno-cleido-mastoïdiens, qui les protègent contre l'instrument tranchant.

Il est encore une autre raison de ce fréquent insuccès; c'est que celui qui veut se suicider cherche à comprendre dans l'incision le plus de parties possibles. Tenant l'instrument de la main droite, comme nous devons le supposer pour la plupart des cas, il tourne la tête de ce même côté; la portant alors rapidement du côté opposé, il promène la partie antérieure du cou sur le tranchant du rasoir, ou de tout autre instrument; mais qu'arrive-t-il? que lorsque la tête est tournée à droite, l'artère carotide gauche est recouverte par toute l'épaisseur du muscle sterno-cleido-mastoïdien du même côté, et que lorsque la tête, par un mouvement de circumduction, se porte à gauche, le muscle sterno-cleido-mastoïdien droit vient recouvrir l'artère carotide du même côté. On conçoit que la même chose peut arriver lorsque l'action de l'instrument est combinée avec le mouvement du cou.

CLINIQUE DES HOPITAUX,

SERVICE DE M. ROALDÈS.

Suite du Compte-Rendu des maladies qu'il a observées dans les salles des fiévreux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse durant les huit derniers mois de l'année 1836.

FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES.

Ces fièvres, au nombre de douze, se sont réparties ainsi qu'il suit :

Mai.	Juin.	Juil.	Août.	Sépt.	Oct.	Nov.	Déc.	Ttoal.
1	0	5	2	1	2	1	0	12

On voit par ce tableau que le mois de Juillet à lui seul en a fourni presque autant que les sept autres ensemble, bien qu'il ne soit pas celui durant lequel les fièvres intermittentes communes se soient montrées en plus grand nombre.

Si une série de tableaux consciencieusement dressés offraient constamment un résultat analogue, on serait porté à penser, ce me semble, ou que l'élément morbide a plus de puissance réelle sur l'économie à cette époque de l'année, ou que les constitutions, encore peu faites à son influence, en sont plus vivement affectées.

Les intermittentes pernicieuses n'ont pas toutes dû leur gravité au même symptôme prédominant. Jusqu'à la mi-Juillet, les symptômes céphaliques, le délire, le coma, signalaient leur gravité. De la mi-Juillet en Septembre, elles furent cholériques, ataxo-adynamiques en Octobre, dysentériques en Novembre.

Toutes out confirmé cette obesrvation déjà faite dans les régions inter-tropiquales, que la gravité des symptômes pernicieux, et le danger que couraient les malades, était en raison directe de la régularité de leur type.

Toutes aussi ont été tierces ou doubles-tierces, sans que l'un de ces deux types l'ait emporté sur l'autre en fréquence.

Les symptômes pernicieux céphaliques ont montré moins de persistance et de ténacité ; ils ont cédé plus promptement

à l'action du sulfate de quinine. Ceux qui avaient le tube digestif pour siége, les cholériques et les dysentériques, se sont montrés plus rebelles, et au lieu de disparaître au premier ou au second retour de l'accès, comme les précédens, on les à vu diminuer d'intensité dans un ou deux accès subséquens, avant de s'évanouir complètement. Ceux qui se caractérisaient par l'ataxie et l'adynamie ont suivi la même marche, et laissé après eux des convalescences plus longues et plus pénibles.

Ces fièvres ont frappé les âges dans les rapports suivans :

De 10 à 20.	De 20 à 30.	De 30 à 40.	De 60 à 70.	De 70 à 80.
1	4	4	2	1

Sur ces douze malades un seul a succombé; c'est le nommé Couzil Guillaume, âgé de 70 ans. Peut-être pourrait-on rejeter la cause de ce revers sur son grand âge et sur l'affaiblissement consécutif de son tempérament, qui l'aurait rendu moins sensible à l'action du fébrifuge. Car, ne l'oublions pas, quelque dose qu'on en donne, ce n'est pas celui qui est ingéré qui guérit, mais bien celui qui, absorbé et porté dans le torrent de la circulation, élimine ou neutralise la cause, soit directement, soit en provoquant une réaction vitale qui amène ce résultat. Quel praticien n'a vu avec douleur l'estomac, comme un vase inerte, garder durant l'apyrexie toutes les doses du spécifique, pour les rejeter ensuite en entier dans les premiers vomissemens qui signalent le retour de l'accès; et n'est-ce pas ici le cas de dire que, sans absorption, il n'y a pas plus d'action thérapeutique que de nutrition?

Les intermittentes pernicieuses, personne n'en doute, sont du petit nombre des maladies essentiellement mortelles, et dont la marche et le danger vont inévitablement croissant. Leur cause nous paraît agir sur le système nerveux avec une puissance éminemment délétère, et par fois presque foudroyante. Les retours périodiques des accès qu'elle détermine sont autant de combats à mort qu'elle livre, et qui préparent sûrement la dissolution de l'organisme quand ils ne la consomment pas.

Plus d'une fois je me suis demandé si ce genre de fièvre

différait par sa cause des autres intermittentes ; pour plusieurs motifs, je me suis dit que non. En voici quelques-uns.

1.° Ces fièvres règnent en même temps et dans les mêmes lieux;

2.° Les unes et les autres nous paraissent être dues à une constitution atmosphérique à la fois humide et chaude, unie à des émanations miasmatiques de nature marécageuse;

3.° Elles se transforment réciproquement l'une en l'autre ; ainsi, l'intermittente simple et légitime devient, après plusieurs accès et à l'improviste, fièvre pernicieuse; celle-ci, à son tour, atténuée, et non détruite par des doses insuffisantes de sulfate de quinine, se transforme en bénigne;

4.° Enfin, l'une et l'autre cèdent aux mêmes moyens thérapeutiques.

Dans ces terribles affections, la seule indication, ou tout au moins l'indication culminante qui se présente, est celle de triompher à tout prix, et dans le plus court délai, du retour des accès, ou d'en dompter le génie pernicieux. Toute considération cède devant cette impérieuse nécessité: ni l'extrême sécheresse de la langue, ni la soif inextinguible, ni la sensibilité la plus vive de l'épigastre, ni les vomissemens les plus fatigans et les plus opiniâtres, ne nous ont empêché de prescrire le sulfate de quinine, véritable et seule ancre de salut dans un danger si pressant, et sous l'influence duquel tous les symptômes pernicieux s'évanouissent et la convalescence s'établit. Un seul d'entre eux, le vomissement, pourrait seul s'opposer à l'administration du sulfate de quinine par la voie de l'estomac; mais le plus souvent cet accident, qui fait le tourment des malades, cesse durant l'apyrexie, et n'est plus un obstacle. Dans ce cas, indépendamment des médications propres aux symptômes exposés à l'occasion des intermittentes simples, je suis dans l'usage d'associer au sel de quinquina une préparation opiacée ou la thridace.

J'ajoute que dans un si grand danger, et lorsque les malades avaient eu le bonheur inespéré d'échapper à un accès pernicieux, ou lorsque l'estomac se refusait à garder le fébrifuge, les voies digestives n'étaient pas les seules auxquelles je confiasse le précieux remède dont MM. Pelletier et Caventou ont enrichi la matière médicale ; les clystères chargés de ce sel à l'état de dissolution complète, les pommades dans lesquelles il était

incorporé, appliquées sur le derme, préalablement denudé par la pommade de *Gondret*, ou portés dans le creux de l'aisselle à la faveur de bourdonnets de coton, étaient autant de moyens que j'avais garde de négliger. [1]

Tous ces moyens peuvent et doivent être tentés sans s'effrayer de la quantité de sel qui pourrait être absorbé. La science ne connaît de cette méthode que les succès qu'elle a produits.

I.re OBSERVATION. — FIÈVRE INTERMITTENTE TIERCE PERNICIEUSE-MÉNINGO-CHOLÉRIQUE.

Arnal Jean-Louis, âgé de 27 ans, né à Milhau, Aveyron, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique et sanguin, à fibres lâches et molles, teint blanc, lèvres fortes, gencives injectées et vineuses; tanneur de profession, habitant le Busca, sujet aux fièvres intermittentes qui déjà l'ont plusieurs fois amené à l'Hôtel-Dieu, éprouva, après quelques jours de malaise, le 26 Mai, à 9 heures du matin, un frisson brusque et violent qui le força à s'aliter, et dont la durée fut de deux heures. Ce frisson s'accompagna de douleurs arthritiques et lombaires, d'une forte constriction du thorax, et d'une sensation d'anxiété précordiale indicible, symptômes auxquels succédèrent une vive réaction fébrile, avec céphalalgie opiniâtre; élancemens intra-crâniens, nausées, éructations nidoreuses; puis vomissemens bilieux d'une extrême fréquence, soif inextinguible que le malade ne pouvait s'empêcher de satisfaire, bien que les boissons provoquassent le vomissement. La peau devint âcre et brûlante, une agitation anxieuse tourmentait le malade. Cet état se prolongea assez avant dans la nuit, et se termina par une sueur assez abondante pour pénétrer ses vêtemens et sa couche.

Durant la nuit il goûta quelques heures de repos, et ne conserva vers le matin de tout cet appareil de symptômes qu'une céphalalgie très-fatigante et une courbature générale.

27 *Mai.* — Toute la journée se passa dans cet état.

Le 28, Retour des mêmes phénomènes, frisson, céphalalgie, vomissemens plus violens et plus douloureux.

[1] La rapidité avec laquelle s'opère l'absorption de l'opium quand on l'injecte dans la vessie pour combattre l'iléus, ou autres étranglemens intestinaux, nous a porté à penser que cette voie pourrait être utilisée après avoir préalablement vidé entièrement la vessie.

Le 29, la sueur termina ce paroxysme durant la nuit. Apyrexie complète, dégoût absolu, langue jaune, bouche amère, adynamie du système musculaire, douleurs lombaires plus fatigantes, céphalalgie atroce.

Le 30, débilité profonde, amaigrissement notable, marche incertaine, peu assurée; expression de découragement et d'inquiétude peinte sur ses traits, peau ridée, fraîche, froide aux extrémités; yeux ternes, conjonctive jaune, langue peu humide, large, couverte d'un sédiment roux dans son centre, où il forme une large bande étendue de la base à sa pointe; respiration lente, surtout dans le mouvement d'inspiration; anxiété, douleur de l'épigastre et du flanc droit, abdomen peu sensible à la pression, déprimé; constipation, urines rares et briquetées, pouls petit et fréquent. Avant la fin de la visite le paroxysme se déclare.

Visite du soir, 3 heures. — Le malade est dans la plénitude de l'accès : il a vomi et vomit encore des matières jaunes de la densité de l'huile de lin. Tous les symptômes signalés plus haut existent : la langue, indépendamment de sa sécheresse, nous offre de chaque côté un double liséré blanc et rouge; la ligne blanche qui sépare le rouge de la bande centrale est due à des mucosités épaissies. La pression la plus légère sur l'épigastre, et le déplacement du malade, provoquent les vomissemens.

La gravité d'un tel état me faisait une loi d'agir avec d'autant plus d'activité et d'énergie, qu'il me paraissait assez raisonnable de craindre que la fièvre ne devînt double-tierce, rémittente ou subintrante, et ne vînt ainsi me ravir un temps précieux.

Persuadé que tous les phénomènes organiques étaient sous la dépendance de l'élément nerveux; prenant, en outre, en considération la constitution régnante alors dans toute sa puissance, j'administrai un éméto-cathartique, pour passer sans retard à l'emploi du sulfate de quinine.

Le premier, sans effet sur l'estomac, provoqua trois évacuations alvines copieuses, en sorte que ce malade, qui dans les accès rendait des flots de bile, n'en rendit pas un atome par le vomissement; circonstance assez commune et bien faite, disons-le en passant, pour désabuser ceux qui s'obstinent à ne voir jamais dans les fièvres que le résultat des lésions or-

ganiques, et propre aussi à légitimer notre conduite. En effet, de quelle conséquence fâcheuse n'eût pas été suivi ce moyen, si les sangsues eussent été indiquées, si, en un mot, il eût existé une véritable gastro-hépatite.

L'emploi du sulfate de quinine fut aussi couronné du plus grand succès. Porté à la dose de 24 grains par apyrexie, c'est à peine si le 1.er Juin le paroxysme se montra par une légère exacerbation fébrile; celle-ci fut suivie d'une transpiration soutenue, de nature visqueuse, assez ordinaire après l'emploi du sel de quinine.

Dès ce moment le malade entra en convalescence; je n'eus plus qu'à régler le régime, et à baisser rapidement les doses du fébrifuge. Il sortit entièrement rétabli le 12 Juin 1836.

2.e OBSERVATION.

Dedieu Matthieu, âgé de 30 ans, né à Toulouse, entré le 19 Juillet, à 10 heures du matin, sorti le 20 Août 1836.

Ce jeune homme, d'une forte constitution, d'une taille au-dessus de la moyenne, employé en qualité de domestique à la glacière de M. Vidal, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, couvert de sueur, il pénétra, le jeudi 24 Juillet, dans ladite glacière. Dès la nuit même, il éprouva un malaise général qui s'accrut rapidement, et décida un frisson interne et prolongé, suivi de fièvre. Au rapport du malade, les douleurs lombaires, la soif, la céphalagie et la douleur épigastrique, en furent les symptômes saillans.

Cet état s'aggravant de jour en jour, malgré le repos, les boisons délayantes et la diète, il se présenta à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au n.o 8 de la salle Saint-Sébastien.

19 *Juillet*, *visite du soir*. — Je le trouvai dans un violent accès qui durait depuis midi, et remarquai les symptômes suivans: supination, prostration extrême, agitation, jactation, céphalagie, facies rouge sur fond jaune, exprimant la souffrance et le découragement; respiration lente et inégale, et souvent suspirieuse; gémissemens lents et étouffés, peau brûlante et sèche, langue large et plate, en gouttière, couverte d'un sédiment roux, très-mince et sec; soif inextinguible, épigastre sensible, même douloureux au toucher; nausées, vomissemens fatigans et réitérés, ventre rétracté, constipation, douleurs lombaires,

contusives, anxieuses; crampes des mollets, urines rouges et rares, rendues avec cuison ; pouls plein, serré, trés-fréquent. Diète absolue, limonade végétale prise en abondance.

20, *visite du matin.* — La nuit s'est passée dans des tourmens continuels qui, sans disparaître, ont cédé vers le jour sans moiteur. Mêmes prescriptions, plus, 25 sangsues à l'épigastre.

Première visite du soir. — A trois heures, le malade est dans un paroxysme plus violent encore que celui de la veille; il s'accompagne de vomissemens incessans, d'abord aqueux, puis verdâtres, et enfin noirs. Ses traits sont altérés; il ressent des douleurs cardiaques qui brisent ses forces, et font craindre la lypothimie à chaque vomissement. Emplâtre de thériaque, et laudanum sur l'épigastre; vésicatoire entre les deux épaules.

Deuxième visite du soir à 8 heures. — L'accès dure encore, mais le vomissement et les plus vives douleurs se sont appaisées. On recommande au malade de boire abondamment. Petit-lait pour boisson.

21 — La fièvre persiste. — 90 *pulsations.* — La surexcitation gastrique, sans être aussi vive, n'est pas dissipée. Diète, petit-lait pour boisson, 20 sangsues à l'épigastre.

Visite du soir. — L'accès de ce jour a été plus tardif, moins intense, et exempt de vomissemens; les sangsues ont beacoup coulé.

22 *au matin.* — Le paroxysme fatigue par sa longueur; la figure est défaite et amaigrie, la langue est rouge, aride, et comme desséchée par le feu ; le pouls ne descend jamais au-dessous de 90 *pulsations.* 25 sangsues.

Visite du soir. — Paroxysme nouveau, plus intense que celui de la veille. Les forces en sont si profondément altérées, que le malade ne peut se soulever, et qu'il se croit perdu. Les sangsues ont coulé au point de faire hémorragie, et de nécessiter l'emploi du nitrate d'argent. Il y a eu garde-robe.

23. — Rémission plus complète. La prostration persiste, la figure reste tiraillée, affaissée; les yeux ternes, la paupière supérieure basse : les craintes de la mort persistent. La langue reste sèche; une vive douleur se déclare dans le flanc gauche; elle est telle, que le malade ne peut ni se mouvoir ni tousser.

Prescriptions. — Ventouse scarifiée sur le point douloureux, deux bouillons de poule, limonade végétale pour boisson, diète;

illico, 12 grains sulfate de quinine, égale quantité pour le lendemain.

Visite du soir à 7 heures. — Le paroxysme n'a pas encore paru, mais le malaise qu'il ressent en signale l'approche. Le sulfate de quinine a été pris à une assez grande distance de l'accès, pour qu'on soit rassuré contre tout accident. La langue est moins sèche, la soif et la douleur lombaire moindres. *Idem* pour tout; 12 grains sulfate de quinine.

24. — L'accès est venu tard, a été plus faible que tous ceux qui l'ont précédé, et ne s'est caractérisé que par la plus grande fréquence du pouls et par l'exacerbation de la chaleur et de la soif. 12 grains sulfate de quinine.

24, *visite du soir.* — Amélioration générale, humidité de la langue, soif modérée, céphalagie, douleurs épigastriques et lombaires nulles, retour de l'apyrexie, amélioration des traits. — 80 *pulsations.*

Le 25, le malade a dormi; il a eu une garde-robe. Les forces renaissent, le pouls est normal; toutes les fonctions s'exécutent librement. Deux vermicelles, limonade, 6 grains sulfate de quinine.

Visite du soir. — Le malade n'est plus que faible.

Le 26, convalescence confirmée. Il n'y a pas eu la moindre exacerbation; la langue s'humecte tous les jours davantage, le sommeil est doux et prolongé, les forces s'accroissent rapidement.

Visite du soir. — Le malade a quitté le lit.

3.e OBSERVATION. — FIÈVRE INTERMITTENTE DOUBLE-TIERCE PERNICIEUSE.

Henri Auguste, âgé de 17 ans, d'une bonne constitution, de petite stature, jouissant d'une santé habituellement bonne, travaillait en qualité de jardinier entre les canaux de Brienne et de Languedoc, lorsqu'il fut pris, le 14 Juillet, vers le coucher du soleil, d'un frisson d'une intensité médiocre et de trois heures de durée, auquel succéda une réaction fébrile qui, à quelques rémissions passagères près, se maintint jusqu'au dix-septième jour de son entrée dans la maison.

Quand je le vis à la visite du soir, 7 heures, il me présenta les symptômes suivans : décubitus variable plus souvent sur le

dos et sur un plan horizontal, jactation, anxiété, soupirs fréquens, respiration lente, inégale; teint jaune, plombé au pourtour des ailes du nez et des lèvres; rougeurs des pommettes, yeux rouges et larmoyans, soif inextinguible, langue lancéolée, épaisse, étroite, d'un blanc sale, sèche au centre, rouge sur les bords; sensation incommode, anxiense; douleur même dans l'épigastre, ventre rétracté, nausées, céphalagie fronto-temporale, urines rares et briquetées, anorexie complète, pouls fréquent, vif et un peu serré. Le malade nous dit avoir éprouvé tous les soirs un paroxysme semblable à celui dont je suis témoin, et avoir toujours conservé un peu de fièvre depuis le début de la maladie; il ajoute qu'à jours alternes l'accès du soir est plus intense. Diète absolue, limonade pour boisson, 25 sangsues à l'épigastre.

18, *visite du matin.* — La fièvre est presque nulle, le vertige, la prostration et les symptômes de la polycholie, sont les seuls qui persistent. Diète absolue, limonade végétale édulcorée et gommée pour boisson, potion saline du docteur Franck, avec tartre stibié, 2 grains.

Visite du soir. — La potion a déterminé deux vomissemens bilieux et autant de selles de même nature. Cette médication a été suivie de quelques heures de bien-être; mais le paroxysme a reparu de meilleure heure, et semble plus violent. Le malade est abattu, découragé; à l'entendre, il se meurt, et rapporte toutes ses souffrances à la tête et à l'estomac. Les nausées reparaissent, la soif est des plus vives, la langue, épaisse, étroite et pointue, est moins rouge; la peau est chaude et âcre au toucher, les forces et le pouls sont déprimés.

19. — Cet état s'est prolongé bien avant dans la nuit; la fièvre a entièrement cédé vers le matin. Deux lavemens, limonade végétale.

Visite du soir. — Nouveau paroxysme. Il est au moins aussi intense que celui de la veille.

20. — Il s'est prolongé plus avant dans la nuit; au dire du malade, il a été plus violent. On me rapporte qu'il a déliré presque constamment, qu'il a fait plusieurs fois des efforts impuissans pour se lever, qu'il est même tombé de son lit, qu'il n'a cessé d'avoir de violentes nausées. Le facies du malade se trouve altéré, l'amaigrissement est frappant, et l'at-

teinte portée à ses forces est telle, que le malade ne peut plus se tenir sur son séant. Le vertige le précipite sur son oreiller comme une masse inerte. La langue, la soif, la douleur épigastrique, restent les mêmes. Diète absolue, 25 sangsues à l'épigastre, limonade-édulcorée et gommée, *illico*, 12 grains sulfate de quinine dans une potion gommeuse, à prendre en quatre doses d'heure en heure.

Visite du soir. — Le paroxysme du soir a retardé de trois heures : peu de changement.

Le 21, le malade a reposé par intervalles; il a dormi d'un sommeil profond, dont on le retire avec peine: il se trouve mieux. La langue s'est élargie et humectée, les nausées ont été rares; l'épigastre supporte sans douleur une pression médiocre, le pouls est descendu à 50 *pulsations*. Diète, deux lavemens, deux bouillons légers, limonade, 12 grains sulfate de quinine dans une potion gommeuse.

Visite du soir. — Désir des alimens; la soif revient, l'épigastre est plus sensible que le matin, la céphalagie se reproduit. Le malade a quelques nausées : je crois à l'invasion d'un nouvel accès.

Deuxième visite du soir à 8 heures. — Nos prévisions se sont réalisées : l'accès est dans sa plénitude, et le malade est fort accablé.

Le 22, l'accès qui vient de finir, plus violent que le dernier, n'a été ni aussi long, ni aussi fatigant que le premier : l'intermission est complète; mais les forces sont tout autant déprimées. Diète, trois bouillons de poule, limonade pour boisson, d'abord, 12 grains sulfate de quinine, potion gommeuse.

Visite du soir à 8 heures. — Le paroxysme n'a pas encore paru.

Le 23, il s'est montré très-court, et faible durant la nuit. Deux soupes légères, limonade, 9 grains sulfate de quinine.

Visite du soir. — Point d'apparence de paroxysme.

Le 24, point de fièvre; durant la nuit peu de sommeil. Les traits se redressent, le vertige diminue, la langue s'humecte et blanchit, l'appétit s'éveille, le pouls se conserve à 50 *pulsations*.

Le 25, convalescence.

Le 26, il exige son *exeat*, disant qu'il passera la convalescence chez son maître. On le laisse partir à regret; il n'est plus rentré.

Ce malade, ainsi que plusieurs autres atteints de fievre intermittente légitime, m'ont présenté, dans les premiers jours de leur maladie, le type rémittent, plusieurs même celui des fièvres continues, qui n'en sont pas moins devenues tierces ou double-tierces après le troisième jour. Dans quelques cas, j'ai cru devoir attribuer la continuité ou la rémittence de la fièvre à la violence de la réaction; d'autresfois, à la modification imprimée par la constitution régnante.

(La suite aux prochains numéros.)

RAPPORT

SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A TOULOUSE durant le dernier trimestre de l'année 1837,

PAR M. D. BERNARD.

Le beau temps, qui n'a cessé de régner en Octobre dernier; la douceur de la température, les variations peu sensibles du baromètre, la stabilité du vent N. N. O., qui a soufflé pendant une grande partie du mois; l'absence de toute épidémie, nous avaient fait espérer de trouver quelque changement dans la constitution médicale qui depuis le printemps règne à Toulouse. Il n'en a pourtant pas été ainsi; car, à quelques exceptions près, nous retrouvons dans la période de temps que nous examinons, les mêmes maladies signalées déjà dans les mois précédens. Seulement pendant le mois de Novembre, qui a été pluvieux et humide, la constitution médicale a un peu varié; le nombre des malades s'est accru, et les affections catarrhales ont été plus nombreuses et plus intenses. Dans le mois de Décembre, le beau temps, qui a reparu, et le peu d'intensité du froid, ont enrayé le développement des maladies catarrhales; mais, sous l'influence de cette température douce et chaude, relativement à la saison, les maladies éruptives, et surtout la scarlatine, se sont montrées en très-grand nombre.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur les maladies qui ont été le plus fréquemment observées pendant ce trimestre, et sur les moyens le plus généralement employés pour les combattre. En les examinant d'après leur ordre de fréquence, nous trouvons encore en première ligne les fièvres intermittentes à types tierces, remarquables surtout par leur tendance à la récidive, attaquant indifféremment tous les âges, tous les sexes,

toutes les professions, et ne sévissant pas plus dans un quartier que daus un autre. En général, et malgré leur fréquence, ces pyrexies ont rarement été funestes; les intermittentes pernicieuses seules ont fait quelques victimes. Nons ne reviendrons pas sur ce genre d'affection, dont nous avons déjà parlé dans nos articles précédens; mais nous ferons observer qu'elles ont été dans ces trois derniers mois aussi fréquentes que précédemment, quelles ont presque toujours présenté les caractères adynamiques et encéphaliques que nous leur avions assignés, et que, enfin, dans quelques cas de guérison, plusieurs de nos confrères ont signalé des sueurs et des évacuations critiques.

Les fièvres quotidiennes quartes ont été moins fréquemment observées que les tierces.

Le traitement a, en général, été fort simple, et toutes les médications ont été utiles. Quoique l'on ait retiré souvent de grands avantages de l'emploi des évacuans, le moyen cependant qui a le plus constamment réussi, c'est la quinine, seule ou combinée, suivant les différentes circonstances d'âge, de sexe, etc., avec l'opium, le musc, etc. Il n'a pas été rare de voir, sous l'influence de ce médicament, la langue se dépouiller de l'enduit saburral qui la recouvrait, et dont les évacuans n'avaient pu la débarasser.

Dans quelques cas de fièvres subintrantes, l'emploi de la quinine a produit les plus heureux résultats. Dans ces affections, qu'il est si facile de confondre avec les fièvres continues, l'administration de ce sel présente souvent de grandes difficultés, surtout lorsque les accès ne sont pas complets, et *chevauchent*, si je puis m'exprimer ainsi, les uns sur les autres. Dans ces cas, il faut de la part du praticien une grande habitude, une grande perspicacité, pour reconnaître dès le début cette forme bizarre, de ce que quelques pathologistes appellent l'élément intermittent. Ce n'est pas ici le lieu de décrire les principes qui doivent guider le médecin dans le traitement de cette maladie; mais nous dirons seulement que, pour bien en établir le diagnostic, la méthode d'exclusion nous semble le procédé le plus rationnel à employer. En y joignant l'examen attentif de tous les organes, de toutes les sécrétions, surtout de leurs produits, et spécialement des urines, il sera difficile de s'égarer.

Dans les cas de récidives, quelques praticiens ont retiré de grands avantages, surtout chez les enfans, de l'emploi des bains tièdes; ce moyen, fréquemment employé par M. Jadeloz, suffit seul quelquefois pour guérir les fièvres intermittentes simples.

Depuis plusieurs années ce genre de maladie est devenu si fréquent à Toulouse, que l'on a dû chercher sérieusement à en reconnaître la cause. On a d'abord pensé que la situation topographique de notre ville suffisait pour l'expliquer; mais cette situation a été toujours la même, et depuis deux siècles que le canal du Languedoc, en commnniquant avec la Garonne, est venu compléter au Levant l'espèce d'enceinte aquatique qui nous enserre, je ne sache pas que les affections intermittentes se soient montrées constamment en aussi grand nombre qu'aujourd'hui. Nos anciens praticiens partagent cet avis, et je ne leur ferai pas l'injure de penser qu'ils ont observé moins bien que nous.

Quelques personnes ont pensé que l'établissement des fontaines publiques pourrait peut-être nous fournir la solution du problême. C'est une erreur, et il est facile de s'en convaincre en y refléchissant un peu. Avant d'avoir des fontaines à Toulouse, les eaux coulaient lentement dans les ruisseaux; elles y stagnaient souvent, et l'évaporation devait être nécessairement très-insalubre. Aujourd'hui que les eaux claires et limpides s'écoulent en abondance et avec rapidité, l'évaporation peut bien être la même quant à sa quantité, mais non quant à sa qualité.

Les lésions de l'encéphale, quoique nombreuses chez le enfans, n'ont pas sévi avec autant de violence que pendant les mois précédens. Les moyens qui paraissent avoir le mieux réussi sont les évacuations sanguines, l'application de la glace sur la tête, et les révulsifs. Peu d'apoplexies ont été signalées.

Les angines, très-fréquentes surtout dans les mois de Novembre et Décembre, ont été quelquefois intenses; elles ont eu principalement leur siége dans les différentes parties du pharynx. Les saignées générales et locales, les évacuans, ont fait la base du traitement.

Dans quelques cas de croup qui se sont montrés de loin en loin, plusieurs de nos confrères ont obtenu les plus heureux

résultats de l'emploi de la cautérisation avec le nitrate d'argent, lorsque les autres moyens avaient échoué.

Sauf les diarrhées, souvent rebelles chez les enfans; sauf les coliques et quelques cas de dysenteries, les maladies du tube digestif ont, en général, été peu nombreuses et peu graves. Les sangsues et les opiacés ont été tres-utiles dans quelques cas de dysenteries et de diarrhées rebelles.

Parmi le grand nombre d'affections catarrhales qui ont régné pendant le mois de Novembre, nous mentionnerons surtout des catarrhes pulmonaires et des bronchites intenses, qui ont nécessité l'emploi des saignées générales et locales.

Quelques fluxions de poitrine, un grand nombre d'hémoptysies plus ou moins graves, ont cédé au même moyen. Dans plusieurs cas de péripneumonie, quelques confrères sont parvenus a arrêter la marche de la maladie à l'aide de saignées, répétés coup sur coup, suivant la méthode du professeur Bouillaud.

Cette méthode a également réussi dans quelques cas de rhumes généraux, compliqués de péricardites, que l'on pourrait désigner avec raison par l'épithète de latentes. Quoique les affections rhumatismales aient été très-fréquemment observées, nous ne ferons que les signaler, car elles n'ont, en général, rien offert de particulier; nous dirons seulement que beaucoup d'enfans en bas âge en ont offert des exemples.

Les ophtalmies se sont montrées en grand nombre, surtout pendant le mois de Décembre; elles ont souvent été difficiles à guérir, l'inflammation dans quelques cas a envahi le globe de l'œil, et ce n'est qu'à l'aide du traitement antiphlogistique le plus énergique, que l'on est parvenu à se rendre maître de l'inflammation. Dans les cas ordinaires, l'emploi du nitrate a été très-avantageux, et la plupart de nos confrères ont reconnu les bienfaits de cette médication.

Les otitis, les otorrhées, quoique fréquentes, ont, en général, cédé à un traitement simple, mais peu énergique. En aucun temps de l'année, les érysipèles à la face ne s'étaient montrés en aussi grand nombre que pendant ce trimestre, mais surtout pendant le mois d'Octobre, ils n'ont présenté d'ailleurs aucun caractère de gravité, et les évacuans en ont, en général, fait justice. Cet exanthème a quelquefois affecté les membres; mais traité convenablement, il a cédé facilement et en peu de temps.

Les éruptions anomales ont été fréquemment observées.

La variole et la varioloïde ont encore sévi sur quelques individus, mais d'une manière moins fâcheuse que pendant les mois précédens. Quelques jeunes gens non vaccinés ont succombé, atteints de varioles confluentes.

Quelques cas de pemphygus, quelques rougeoles peu graves, et pendant le mois de Décembre un nombre considérable de scarlatines, complètent le tableau des maladies qui ont été le plus généralement observées pendant le dernier trimestre de 1837.

Nous terminerons cet aperçu en comparant les tableaux de mortalité de 1836 et 1837. En 1636, le nombre des morts a été de 2274; en 1837, il s'est élevé à 2782. Cette différence ne peut être attribuée qu'à l'épidémie de grippe qui a régné au commencement de l'année, qui par elle-même n'a pas été meurtrière, mais sous l'influence de laquelle les maladies, soit aiguës, soit chroniques, ont pris un caractère tout particulier de gravité.

Tableau météorologique.

MOIS.	BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE.
	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	S. E.	N.N.O	S. O.	
Oct.	76 70	75. 20	20°	0°	6 j.	19 j.	6 j.	4 j.
Nov.	76 35	74 60	13° 1,4	0° 2	6 j.	11 j.	14 j.	10 j.
Déc.	76 20	74 25	11°	0° 4	14 j.	10 j.	7 j.	7 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Sur la Cautérisation du méat inférieur des fosses nasales dans le traitement de la tumeur de la fistule lacrymale, par M. Bonnet.

Pénétré de cette vérité, que les gonflemens de la membrane muqueuse des fosses nasales sont dus à des œdèmes sous-muqueux qui en accompagnent ordinairement les inflammations chroniques; vu les succès qu'il

avait obtenus de la cautérisation de la muqueuse du pharynx et de la trompe d'Eustache dans les surdités, M. Bonnet étendit le même traitement à la cure de la tumeur de la fistule lacrymale, produite par le retrécissement du canal nasal : sa tentative eut un plein succès. Voici comment il procède. Le porte-caustique destiné à la cautérisation de la trompe d'Eustache, est introduit dans la narine, la concavité embrassant la partie externe de l'ouverture des fosses nasales; et lorsque la base de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur a été contournée, il relève le manche de l'instrument et lui fait éprouver un mouvement d'arc de cercle qui en ramène l'extrémité externe sur la ligne médiane, vis-à-vis la racine du nez; puis il lui fait éprouver un mouvement de bascule en dirigeant son extrémité nasale au-dessous du cornet inférieur. Là, il met le caustique à nu, le promène d'avant en arrière, et cautérise la membrane muqueuse du méat inférieur et la valvule placée au bas du canal nasal, sans chercher à y pénétrer. Cette cautérisation est répétée tous les deux ou trois jours.

Par ce traitement, sur cinq malades quatre ont été guéris de leurs tumeurs et de leurs fistules lacrymales, et tous ceux dont les fosses nasales étaient le siège d'inflammations chroniques, ont été débarrassés de cette incommodité.

De la Pression de la tête dans le traitement de quelques Convulsions chez les enfans.

Parmi les maladies qui assiègent l'enfant au berceau, les plus communes, sans être les moins redoutables, sont celles du système nerveux. On répète depuis long-temps que tout semble se concentrer vers la tête dans le jeune âge. A présent l'on connaît assez la source principale des affections convulsives des enfans, et les moyens de les traiter convenablement; mais parmi ces mille et une causes morbides, il en est une qu'on n'avait pas remarquée, et cette cause, dit le docteur Grantham, habile médecin anglais, extrêmement commune, serait des plus puissantes. Elle consiste dans le défaut d'ossification, ou dans l'ossifisation tardive de la calotte du crâne : non-seulement elle produirait l'épilepsie du premier âge, mais encore les congestions cérébrales, l'hydrocéphale.

Il attribue l'absence ou le retard de l'ossification crânienne, qui arrive ordinairement entre l'âge de neuf à vingt mois, à une alimentation mauvaise et insuffisante et au vice scrofuleux, et explique les accidens qu'elle amène, par l'exposition du cerveau et des méninges aux violences, aux pressions de toute espèce de la part des objets extérieurs; aux vicissitudes atmosphériques, etc. De là, l'idée de défendre ces organes des injures extérieures, et de seconder, par une pression douce et uniforme, l'ossification définitive du crâne. Il croit y être parvenu par le moyen d'un bandage modérément serré, fait avec une bande de calicot d'un pouce et demi de largeur, et d'une boisson réitérée de six gros d'eau de chaux. Le bandage nous paraît très-rationnel, mais la prescription intérieure ne doit pas, à notre avis, avoir l'importance que semble y attacher l'auteur : son but est facile à saisir; mais puisqu'il assigne lui-même le principe du défaut d'ossification à une alimentation mauvaise et au vice scrofuleux, mieux vaudrait, je crois, pourvoir à une nourriture plus substantielle, et combattre le vice de constitution par un traitement approprié.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LITHOTRITIE,

PAR MM. DIEULAFOY ET A. DE QUATREFAGES.

Depuis que les maladies ont été comptées, réunies et classées, les unes ont été regardées comme des affections légères, les autres comme graves. Parmi ces dernières, il en est qui ont changé de caractère, qui se sont modifiées, soit par le temps, soit par les changemens des habitudes et du régime, soit enfin par une influence atmosphérique, cause de beaucoup de maladies, mais qu'il nous est impossible de saisir et de combattre. Il en est qui ont perdu de leur gravité, parce que par les progrès des sciences on a modifié le traitement, ou trouvé un moyen inconnu pour les guérir. Tout le monde sait que sous le règne du grand Roi, la fistule à l'anus était considérée comme une affection très-dangereuse.

La pierre a été de tous les temps regardée comme une maladie très-grave; elle est un exemple frappant d'une maladie dont le génie de l'homme a modifié le traitement en évitant la la cystotomie; et cette invention est un des plus grands bienfaits dont la médecine ait doté l'humanité. En effet, peu d'affections mettent le malade dans la double alternative, ou de souffrir long-temps et de traîner une vie malheureuse au milieu de douleurs aigues et de privations de toute espèce, ou de subir une opération dont le résultat est très-incertain. Aussi combien ne voit-on pas de malades ne se décider à l'opération que lorsque les douleurs ne leur laissent plus de repos, lorsque la réaction s'est faite sur tous les organes, lorsque les voies urinaires sons déjà très-malades et ont éprouvé des altérations qui persistent même après l'opération, et qui en rendent le succès plus difficile? Tous les malades sont effrayés de la taille, et cette terreur est si forte, que plusieurs meurent sans être taillés.

La lithotritie est exempte de cet appareil de terreur. Le premier et le plus heureux résultat de cette invention a été de rassurer les calculeux en éloignant d'eux l'idée d'une opération, et de la mort qui y était souvent attachée. Aussi, lorsque cette

méthode de traitement sera répandue, les calculeux viendront de bonne heure réclamer les secours de la lithotritie, pour être débarrassés à son origine d'une maladie qui, récente, n'a pas encore entraîné les fatales conséquences de l'altération profonde des organes, suite inévitable d'un calcul qui séjourne long-temps dans la vessie. Cette confiance dans la lithotritie naît encore de la différence dans le mode opératoire. En effet, dans toutes les saisons on peut briser la pierre; la taille, au contraire, réclame une saison favorable. Le malade taillé doit demeurer trois semaines ou un mois dans son lit; après la lithotritie, le malade peut promener, vaquer à ses affaires. En 1829, nous fûmes invités avec le docteur Rigal, par M. Leroy d'Etioles, à assister à une séance de lithotritie. Le malade était un négociant de la Corogne. Après la séance il revint chez lui, et le soir nous le trouvâmes au Palais Royal où il faisait sa promenade accoutumée. Après l'opération de la taille, le malade doit observer un régime très-sévère; on craint toujours de voir se développer des accidens formidables; pendant la lithotritie le malade mange, et suit un régime convenable. Un malade taillé peut mourir immédiatement d'hémorragie, etc.; jamais pareil accident n'est à craindre avec la lithotritie. Par cette méthode on n'a pas a craindre la blessure du rectum, du péritoine; l'infiltration des urines dans le tissu sous-péritonéal; la phlébite, péritonite, les fistules, tous accidens qui viennent compliquer l'opération de la taille.

Ce parallèle succint suffirait, ce nous semble, pour faire prévaloir ce mode de traitement; et cependant naguère, au milieu d'une assemblée respectable, la lithotritie a été l'objet de vives attaques; l'on a voulu lui opposer des calculs statistiques. Ce n'est pas nous qui récuserons un pareil moyen, car nous pensons que l'appréciation des méthodes thérapeutiques est plus nécessaire en médecine opératoire qu'en thérapeutique interne; mais de bonne foi, peut-on appliquer à la lithotritie nouvelle la statistique de la lithotritie ancienne? Peut-on encore comparer avec justice la statistique de la taille avec celle qui est fournie par la lithotritie? Examinons successivement ces questions.

La statistique de la taille est faite, elle ne peut plus varier. Depuis Jean de Romains, qui écrivait en 1500, jusqu'à nos

jours, 300 ans se sont écoulés. Pendant ce temps l'esprit des chirurgiens a été à la torture. La vessie a été attaquée partout où le péritoine la laissait vulnérable ; les incisions ont varié de forme et de direction, et les résultats ont été à peu près les mêmes.

Méry est le premier qui ait réuni des faits sur lesquels on a pu établir une statistique ; et ces faits, publiés à l'origine de cette opération, montreront combien peu ont varié les succès obtenus.

Sur 100 cas de taille, on compte,

34 morts,
30 guérisons incomplètes,
30 guérisons complètes,
3 sans être notés.
(Morts, 1 sur 3.)

D'après Colot, sur 47 opérations de taille,

10 morts,
28 guérisons complètes,
2 infirmes,
7 sans être notés.
(Morts, 1 sur 4.)

Moraud publia un relevé des opérations faites depuis 1720 à 1728. On y voit que, sur 841 malades opérés,

571 ont été guéris,
6 guéris incomplètement,
264 morts.
(Morts, 1 sur 3|2.)

Marcet, en Angleterre, a publié les opérations de la taille faites à Norwich depuis 1772 jusqu'en 1816 ; ce qui forme une période de 44 années. Sur 506 opérations faites,

70 morts.
(Morts, 1 sur 7.)

Il faut observer que sur ces 506 opérés il y en avait 478 au-dessous de 14 ans ; et l'on sait combien la taille est innoffensive chez les enfans.

Smith a publié les résultats de l'infirmerie de Bristol. Sur 354 opérés,

79 morts,
275 guéris.
(Morts, 1 sur 4 5|8.)

Dans l'hôpital de Leeds, sur 197 calculeux,
132 opérés,
104 guéris,
28 morts.
(Morts, 1 sur 4.)

Résultats de la pratique de M. Dupuytren par la taille bilatérale. Sur 42 opérés,
33 guéris,
9 morts.
(Morts, 1 sur 4 2|3, et non 1 sur 12, comme on la imprimé à tort). Ce résultat est tiré du tableau republié par M. Dupuytren.

La pratique de MM. Blandin, Velpeau, Sanson, Deguise Roux, chirurgiens des hôpitaux de Paris, a fourni les résultats suivans. Sur 89 opérés,
19 morts,
70 guéris.
(Morts, 1 sur 4 2|3.)

Ainsi, c'est avec raison que nous soutenons que la statistique de la taille est faite, que cette statisque ne peut pas changer, puisque le chiffre de la mortalité a toujours été le même, c'est-à-dire, qu'il meurt un opéré sur trois ou quatre taillés.

L'on ne peut point comparer, avons nous dit, la lithotritie ancienne avec la lithotritie moderne.

1.° Lorsque les premières opérations de lithotritie furent publiées, les calculeux, qui étaient effrayés de la taille, et qui reculaient devant l'idée d'une opération sanglante, reprirent de l'espoir et de la confiance. Ils vinrent se confier à ce nouveau mode de traitement.

Parcourez la liste des premières opérations, et vous trouverez que la plus grande partie de ces malades étaient très-âgés, et souffraient depuis très-long-temps. Alors les succès ne répondirent point à l'attente, et l'on accusa la lithotritie. Ce reproche est-il bien fondé? Fallait-il attribuer au mode opératoire les insuccès qui évidemment étaient dus à l'ancienneté de la maladie et aux désorganisations qu'elle entraîne après elle? Et la taille, dans ces cas désespérés, aurait-elle été plus heureuse.

2.° Dans les premiers temps, on obtenait la destruction du

calcul par la pince à trois branches et le foret. Cette méthode, difficile dans son application, était dangereuse entre des mains qui n'étaient point très-exercées ; et la lithotritie serait demeurée le patrimoine exclusif de quelques chirurgiens, si le Baron Heurteloup n'avait point inventé son instrument courbe à percussion. Cet instrument, d'un mécanisme facile à manier, a fait de la lithotritie une opération qui rentre dans le domaine général de la chirurgie. Par la méthode de l'écrasement on obtient des succès plus grands que par l'ancienne méthode : une pierre est plus vite brisée, et cet instrument, qui est courbe, ne fatigue pas la vessie comme le perforateur droit.

Aussi, lorsque cette méthode d'opérer sera répandue, lorsque les calculeux seront convaincus de son efficacité et de son innocuité, ils viendront de bonne heure en réclamer les secours : alors la lithotritie sera la méthode générale employée pour guérir la pierre, et la taille ne sera pratiquée que par exception.

OBSERVATIONS DE LITHOTRITIE,

RECUEILLIES DANS LA PRATIQUE DE M. LE DOCTEUR VIGUERIE

PAR M. DIEULAFOY.

I.re OBSERVATION.

François Arabeire, âgé de 58 ans, garde-général des forêts de l'Ariége, en résidence à Tarascon, après avoir éprouvé une attaque de colique néphrétique fut atteint de rétention d'urine. Il vint à Toulouse pour consulter M. Viguerie. Ce praticien, en sondant le malade, trouva une pierre, ou plutôt un gravier engagé dans la portion prostatique du canal. On crut que ce gravier serait rendu et expulsé par les urines : on prescrivit au malade un traitement et un régime convenables. M. Arabeire faisait remonter à deux ans l'origine de sa maladie ; il nous dit qu'au sortir d'un repas copieux il fut pris d'un besoin pressant d'uriner. Descendu de cheval, il fit des efforts pour rendre ses urines, qui étaient comme arrêtées dans le canal ; au milieu des efforts, le jet part, entraînant avec lui l'obstacle : le malade eut la sensation d'un corps étranger qui traversa le canal.

M. Arabeire, n'ayant pu expulser le gravier, et souffrant toujours, se rendit à Toulouse le mois de Novembre 1834, et se confia de nouveau aux soins de M. Viguerie. Ce médecin crut que le malade pouvait être délivré par la lithotritie: il le prépara, et le 3 Décembre eut lieu la première séance.

Le malade, couché sur une table, le bassin élevé, l'opérateur injecta de l'eau dans la vessie; le percuteur courbe à pression et percussion fut aussitôt introduit: la pierre fut saisie et aussitôt écrasée; un fragment fut repris et écrasé avec le même succès.

Chaque fois, l'instrument marqua 6 lignes. Cette séance ne dura que trois minutes. L'introduction et le jeu de l'instrument n'ont déterminé aucune douleur. Après l'opération, le malade fut mis au bain; il rendit plusieurs fragmens et beaucoup de détritus.

Le 5 Décembre, nouvelle séance. Trois fragmens furent saisis et écrasés, l'un de 6 lignes et les deux autres de 3. Après cette séance, le malade rendit une plus grande quantité de détritus; un morceau assez gros s'engagea dans le canal et fut chassé; ce morceau était de 4 lignes. L'expulsion du gravier ayant irrité le canal, on crut prudent d'ajourner la troisième séance 15 Décembre.

Dans cette séance, l'instrument chargea un morceau de 6 lignes qui offrit une grande résistance. Plusieurs autres petits fragmens furent successivement écrasés. Le malade rendit encore beaucoup de débris.

Le 18 du même mois, quatrième séance, la pince, introduite ouverte, et fermée plusieurs fois, n'amena rien: tout fit présumer que le malade était débarrassé de son calcul. Après la séance, les urines n'étaient pas chargées de détritus.

Le 20, le malade est sondé, et la sonde, promenée dans la vessie en donnant au malade différentes positions, ne procura la sensation d'aucun corps étranger. Ainsi en trois séances, ce malade a été débarrassé d'un calcul, et chaque séance n'a duré que quatre ou cinq minutes. Il n'y a pas eu d'accident grave qui soit venu compliquer l'opération. Après la première séance, le malade fut pris d'un accès de fièvre, accès qui sont communs chez les malades qui souffrent des voies urinaires; cet accès n'eut

pas de suite. Après le dernier cathétérisme, le malade s'est plaint d'un engorgement des testicules : le repos et des cataplasmes ont suffi pour faire cesser cette légère indisposition.

2.e OBSERVATION.

Le sieur Paris, huissier près le tribunal civil de Toulouse, logé rue des Pénitens-noirs, n.° 33, âgé de 70 ans, souffrait depuis long-temps lorsqu'il urinait ; il éprouvait une vive douleur lorsqu'en marchant il faisait un faux pas ; après une longue course, il urinait souvent du sang. Cherchant un remède à son mal, il vint me consulter le 15 Novembre 1834. D'après ces renseignemens, je jugeai que Paris était atteint de la pierre; le cathétérisme me confirma dans cette idée : la pierre me parut très-grosse. Je crus que la lithotritie pourrait en débarrasser le malade ; je le préparai à cette opération. Le malade portait deux rétrécissemens du canal, l'un à 5 pouces et l'autre à 7. Il en fut débarrassé par la cautérisation, et bientôt je pus passer une bougie n.° 11.

Le 30 Décembre, le malade placé sur son lit, après avoir injecté de l'eau tiède dans la vessie, l'opérateur introduisit avec la plus grande facilité un instrument de Civiale : l'instrument déployé, saisit le calcul ; il fut perforé deux fois. Le malade vidant sa vessie, il nous parut urgent de retirer l'instrument ; nous éprouvâmes une grande résistance. La pince à trois branches ne pouvait pas se refermer, une des branches de cette pince s'étant engagée dans un trou déjà foré ; en tirant fortement l'instrument, nous parvînmes à dégager la pince en brisant le calcul. Je dus renoncer à l'instrument de Civiale, pour terminer avec celui de Heurteloup ; mais cet instrument ayant été essayé, il nous fut impossible de l'introduire jusque dans la vessie, tant était grande la résistance ; ainsi, il était facile de faire parvenir dans cet organe une bougie n.° 11, et il nous fut impossible d'y arriver avec un lithotriteur courbe n.° 8. Plusieurs chirurgiens essayèrent sans être plus heureux : c'est un fait difficile à expliquer. Il fallut cependant débarrasser le malade ; je me servis alors de l'instrument de Jacobson : ce calcul fut pris et brisé. La deuxième séance eut lieu le 7 Janvier ; six séances furent faites avec l'instrument de Jacobson.

A la huitième séance, le percuteur put entrer ; il fut nécessaire d'employer quatre séances, tant était grosse la pierre ; elle avait

marqué 18 lignes. Obligé de m'absenter, les deux dernières séances furent faites par M. Viguerie.

Pendant l'opération, il fut nécessaire d'extraire plusieurs fragmens engagés dans le canal; parmi ces fragmens, il y en a eu de très-gros qui mesuraient 6 et 8 lignes.

Le malade fut guéri, et n'a plus ressenti aucune douleur.

3.e OBSERVATION.

Antoine Dispan, âgé de 8 ans, d'une constitution débile, entra à l'hospice Saint-Jacques, le 17 Avril 1834, pour se faire débarasser d'un calcul dont il souffrait depuis longtemps. Ce malade se trouvait dans des conditions très-défavorables : les organes génitaux étaient peu développés; la vessie, atteinte d'une affection catarrhale des plus graves, l'enfant rendait chaque demi-heure, et en poussant des cris de douleur, une urine bourbeuse, laissant déposer un résidu puriforme; Un état fébrile continuel, l'état de marasme évident du malade. rendaient la taille évidemment mortelle pour le jeune Dispan. Bien persuadé de l'innocuité de la lithotritie, M. de Quatrefages demanda et obtint de M. Viguerie la permission d'opérer ce malade.

Un traitement préparatoire assez long dut être employé. Le canal, dont la sensibilité était excessive, fut peu à peu habitué à la présence d'une bougie, et le 17 Juin eut lieu la première séance. L'opérateur employa la pince de Civiale n.° 1, faute d'un percuteur d'un calibre assez tenu pour être admis dans le canal de l'urètre de Dispan. La pierre marqua 12 lignes 1/2. Elle fut perforée, et plusieurs morceaux écrasés entre les morts de la pince. Le malade rendit une grande quantité de détritus. A partir de cette première séance, les urines commencèrent à s'améliorer.

Sans entrer dans de minutieux détails sur les séances qui suivirent, nous dirons qu'elles eurent toutes un plein succès. Chaque fois le calcul fut saisi et broyé, chaque fois le malade rendit une grande quantité de détritus. Sous l'influence du traitement, la santé générale se rétablit : la fièvre cessa complètement, les urines redevinrent limpides, et Dispan recouvra un embonpoint remarquable.

La grosseur du calcul, l'indocilité du malade, et la faiblesse de l'instrument que l'on pouvait seul employer, firent traîner

le traitement en longueur. Les chaleurs arrivèrent. Dispan fit plusieurs écarts de régime, qui amenèrent une dysenterie dont il fut guéri une première fois. Plus tard elle revint, et céda de nouveau en partie à des soins appropriés. L'instrument n'indiquant dans la vessie la présence que d'un faible fragment, et le petit malade trouvant toujours le moyen de se soustraire à la surveillance que nécessitait le régime prescrit, on dut remettre à un autre temps la terminaison de l'opération. On le renvoya chez lui dans le courant du mois d'Avril, ne souffrant plus de la vessie. Depuis on n'en a plus eu de nouvelles.

4.e OBSERVATION.

M. V***, natif de l'Anion, vint me consulter en 1837 pour être délivré d'une pierre qu'il portait dans la vessie. Ce malade avait eu trois coliques néphrétiques; à la suite de chaque colique il avait rendu un gravier. Depuis sa dernière maladie, qui datait d'un mois, M. V*** ressentait une douleur après avoir uriné, et cette douleur, il l'attribuait au gravier qu'il portait et qu'il ne pouvait pas rendre. Fort soucieux de son état, redoutant une opération, il venait me consulter pour chercher un moyen de dissoudre son calcul. Je le soumis à un régime végétal; je lui fis prendre du bi-carbonate de soude: j'obtins que ce régime serait suivi pendant un mois, au bout duquel je lui promis de le délivrer de ce calcul, qui était pour lui un sujet continuel de tristesse. Un mois après, M. V*** vint me revoir; il n'avait pas rendu son gravier. Le lendemain, avant qu'il eût rendu ses urines, j'introduisis un lithotriteur courbe n.° 6; le calcul fut saisi, il marqua 4 lignes; il fut brisé d'un seul coup. L'instrument, promené dans la vessie, ne fit rien reconnaître; il fut retiré, la cuvette pleine de détritus. Le malade fut immédiatement, et dans deux minutes, délivré d'une pierre qui aurait, plus tard, sans la lithotritie, réclamé l'opération de la taille et compromis sa vie.

5.e OBSERVATION.

Le nommé Jean Saint-Martin, âgé de 16 ans, né à Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrenées), était atteint, depuis son jeune âge, d'un calcul vésical qui lui occasionait des douleurs atroces.

Il se présenta à la visite de l'Hôtel-Dieu le 28 Mars 1834. On s'assura de l'existence de la pierre, et, après un mois de séjour dans les salles, on le soumit à l'usage de bains répétés, de bois-

sons émollientes et d'un régime doux. On se décida à le débarrasser de la pierre par le nouveau procédé, qui comptait déjà de nombreux succès, par la lithotritie. L'opération, pratiquée par M. Dieulafoy, n'occasiona aucune souffrance au malade, qui, le lendemain de la première séance, rendit de gros débris de son calcul.

Après six séances, le malade sortit parfaitement guéri, dans le mois de Juin suivant. Nous l'avons vu depuis, en 1837, gras et frais, ne ressentant aucune douleur, et faisant le service de domestique. La première séance fut faite avec l'instrument de Civiale, les autres avec l'instrument d'Heurteloup. Le calcul donna 14 lignes d'écartement.

6.e OBSERVATION.

Lille (Jean-Baptiste), âgé de 42 ans, doué d'une forte constitution, était affecté, depuis bien des années, d'un calcul vésical, lorsqu'il se présenta le 4 Août, à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, pour réclamer des secours, et principalement dans l'intention de se soumettre au broiement de la pierre, opération qui lui inspirait la plus grande confiance.

Les premiers symptômes qui dénotèrent chez ce malade une affection des voies urinaires qui devait coïncider avec la formation du calcul, se déclarèrent, il y a environ 30 ans, dans le courant de l'année 1807. Le malade n'avait que 12 ans, lorsque, après une longue course, il ressentit pour la première fois une douleur vive à l'extrémité de la verge, suivie d'abord de difficultés d'uriner, puis de l'émission douloureuse d'urines mêlées à du sang. Depuis cette époque, ces douleurs se renouvelaient toutes les fois qu'il se livrait à une longue marche ou à une course rapide, au point que, lorsqu'il voulait courir, il avait pris l'habitude de serrer sa verge dans sa main pour amortir la douleur qu'il ressentait dans le canal urétral. Au reste, sauf ces douleurs passagères qui cédaient facilement au repos, ce malade jouissait d'une bonne santé.

Jusqu'à l'âge de 21 ans, cet état resta stationnaire; mais en 1821 les symptômes acquirent de l'intensité; les difficultés d'uriner devinrent plus fréquentes; l'émission des urines plus douloureuses, surtout depuis que l'état de géomètre, auquel se livrait le malade, le forçait à faire des marches longues et pénibles. A cette affection, qui était regardée comme un catarrhe

de la vessie, on opposa un traitement médical et hygiénique approprié, sous l'empire duquel, et principalement du repos, le malade éprouva quelques soulagemens momentanés.

Mais en 1825, les douleurs, devenues continues, forcèrent le malade à abandonner entièrement l'état de géomètre, et lui donnèrent des craintes sur l'existence d'une pierre dans la vessie, dont un médecin, après plusieurs cathétérismes, avait déjà soupçonné la présence. A cette époque, le calcul devait avoir un bien petit volume, ou être placé dans une partie de la vessie inaccessible à la sonde, puisqu'il ne put être constaté par des chirurgiens très-expérimentés, qui eurent occasion d'examiner le malade.

Il ne fut reconnu d'une manière certaine qu'en 1828; mais le malade éprouvait une répugnance si forte pour l'opération de la taille, qu'il refusa long-temps de s'y soumettre; aussi les souffrances devinrent de jour en jour plus vives, et elles étaient intolérables, lorsque, ayant entendu parler des succès de la lithotritie, accablé par des douleurs incessantes, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où M. Dieulafoy pratiquait cette opération depuis quelques années, et dont tout récemment encore il a obtenu un succès éclatant et inespéré.

Ce malade présentait les conditions les plus favorables au broiement de la pierre : doué d'une constitution robuste, les souffrances ont peu altéré sa santé. Le calcul était à la vérité très-volumineux; mais la vessie avait une grande capacité, et pouvait contenir sans douleur beaucoup de liquide. La muqueuse était intacte, peu sensible au contact de l'instrument, et malgré l'ancienneté du calcul, l'affection catarrhale, qui en est ordinairement la conséquence, n'existait qu'à un bien faible degré; le canal de l'urètre, large et très-dilatable, permettait sans difficulté le passage du lithotriteur du plus gros calibre. A ces dispositions organiques si favorables, ajoutez une disposition morale toute en faveur de l'opération, que le malade sollicitait de tous ses vœux.

Après quelques jours de préparation préliminaire pour habituer la vessie à l'introduction de l'instrument et à l'injection du liquide qui doit la distendre, on commença à pratiquer l'opération.

La première séance eut lieu le 9 Août. L'instrument dont on se servit est celui d'Heurteloup modifié, employé déjà précédem-

ment. Cette première séance ne présenta rien de remarqable, seulement la pierre offrit une grande résistance, et ne put être brisée qu'au moyen de la percussion jointe a une pression continue. L'opération d'ailleurs ne fut pas douloureuse, et dura fort peu de temps. La deuxième séance fut renvoyée au 17 Août. Dans cette séance, ainsi que dans les cinq autres, qui se succédèrent jusqu'au 10 Octobre, on employa un nouveau lithotriteur qui présentait des modifications fort importantes.

L'état du malade pendant tout le traitement fut très-satisfaisant; un accès de fièvre vint seulement interrompre pendant quelques jours le traitement. Cet accès, qui se déclara deux heures après la première séance, fut assez grave; mais on se hâta d'administrer le sulfate de quinine, et, comme on l'a vu, on put commencer la deuxième séance huit jours après la première. Plusieurs débris d'un volume assez considérable s'engagèrent dans le canal; mais on parvint, soit à les enfoncer dans la vessie pour les resaisir plus tard, et le plus souvent à les en retirer, ou à les broyer dans le canal.

Les fragmens, qui ont été recueillis par le malade lui-même, sont très-nombreux, et pèsent 1 once 6 grains; ce poids est loin d'être celui du calcul, qui avait donné dans la première séance 18 lignes d'écartement, car beaucoup de débris et tout le détritus ont été entraînés par les urines.

Le malade est sorti de l'Hôtel-Dieu, le 18 Octobre, parfaitement guéri.

CONSIDÉRATIONS SUR LES EAUX DE L'AMNIOS,

PAR M. DUCASSE.

En traçant quelques réflexions sur les eaux de l'amnios, je n'ai pas la prétention d'en donner une histoire complète. Je ne rechercherai pas la source primitive de leur existence et de leur formation, la nature intime des principes que la chimie y a découverts; et le rôle qu'elles jouent dans la nutrition du fœtus. Ces questions, plus ou moins souvent controversées dans les écoles, sont loin d'avoir obtenu une solution satisfaisante; peut-être même que l'obscurité qui recouvre ces phénomènes délicats de l'organisation est trop épaisse pour être jamais dissipée, car la nature a voulu dans une foule d'opérations

garder le secret du mécanisme qu'elle emploie pour les accomplir.

Plus borné dans mon sujet, et, sans contredit, plus utile dans les considérations qui en découlent, je prendrai les eaux de l'amnios déjà formées dans la poche de cette membrane, en contact avec le fœtus, et par conséquent en mesure d'atteindre le but de leur formation. Je les considérerai, 1.° pendant la grossesse, soit dans leurs rapports immédiats avec la matrice, soit dans ceux qu'elles ont avec l'enfant contenu dans sa cavité; 2.° pendant l'accouchement, dans le rôle qui leur est destiné pour faciliter cette fonction principale. Ainsi disparaissent aux yeux du praticien tous ces systèmes, toutes ces théories scholastiques, qui occupent si inutilement la moitié de quelques écrits. La science, en effet, n'a rien à gagner à ces disputes vaines où l'esprit, la plupart du temps, ne prend ses ressources qu'en dehors de l'observation, lorsqu'il est démontré aujourd'hui que c'est seulement dans son domaine que les sciences peuvent trouver leur véritable aliment.

1.° PENDANT LA GROSSESSE.

Au moment même de la conception, la matrice devient le siége d'un travail jusqu'alors insolite, un centre d'irritation auquel viennent aboutir une quantité prodigieuse de fluides divers, un organe privilégié où s'accomplit la plus commune, comme la plus importante fonction de l'animalité. Au milieu des produits d'une organisation nouvelle, un fluide nouveau se forme plus ou moins considérable, plus ou moins transparent : ce sont les eaux de l'amnios, ainsi appelées, du nom de la membrane amniotique, qui est censée leur avoir donné naissance. Elles touchent par conséquent sa face interne, sont en contact perpétuel avec le fœtus, qui se meut librement au milieu de leur volume. Mais ce n'est pas là seulement que leur usage est borné : le physiologiste qui, sans se perdre dans des hypothèses obscures, aime à se rendre compte des faits qu'il a observés, découvre dans la présence de ce fluide une utilité plus grande; il la trouve dans les phénomènes de la grossesse et dans la nécessité où sont les produits qui la constituent d'arriver à leur parfaite maturité.

A mesure, en effet, que la conception avance, la matrice s'agrandit, se développe, et acquiert chaque jour une organisation plus marquée. Ses vaisseaux augmentent de calibre,

ses fibres musculaires prennent un caractère plus tranché ; la vie y est, en général, plus active ; le fœtus renfermé dans sa cavité suit de semblables proportions, en les provoquant peut-être. Eh bien ! ces périodes diverses par lesquelles tous deux doivent passer, ne sauraient jamais complètement se produire sans la présence des eaux de l'amnios. Supposez un instant ce fluide absent de l'utérus, la face interne de ce dernier en contact immédiat avec l'embryon ; celui-ci plein de vie et de force, donnant même automatiquement à ses membres, les mouvemens attachés à son organisation musculaire, n'est-il pas évident que la matrice, continuellement excitée par ces agitations intestines, provoquée par des secousses contre lesquelles elle n'aura point d'abri, réagira à son tour contre la cause stimulante, cherchera à s'en débarasser par cet instinct secret dont nos organes sont doués, et que, dans cette lutte perpétuelle, dans ce combat sans fin, car les élémens sont toujours en présence, la gestation ne pourra pas arriver à son terme ? En admettant même que les résultats n'en fussent pas aussi déplorables, que, nonobstant cette fâcheuse disposition, la marche naturelle ne fût point troublée les plus tristes conséquences en seraient encore la suite. La matrice, continuellement en contact avec le fœtus, les membres de ce dernier, n'étant lubréfiés par aucun liquide, ne tarderaient pas à s'irriter réciproquement, à devenir le siége d'inflammations plus ou moins intenses, et à contracter des adhérences qui en multiplieraient les difformités. Certes, il me serait bien facile d'appuyer cette conjecture sur une foule de faits authentiques ; et, pour prouver combien la présence des eaux de l'amnios est propre à prévenir ces adhérences, je me contenterai de citer la belles observation de *Morlanne*, qui rapporte avoir rencontré celles des bras, des avant-bras, de la poitrine, et des cuisses avec l'abdomen, chez un fœtus jumeau de cinq mois et demi, dans un cas ou les eaux s'étaient écoulées plus d'un mois auparavant.

Non-seulement ces eaux concourent à éviter ces difformités, mais seules encore, elles rendent possible le développement progressif de la matrice. Les parois de cet organe n'arrivent, en effet, qu'avec beaucoup de lenteur à leur entière croissance. Il importe que la cause qui l'opère agisse avec une force égale,

parfaitement répartie ; que toute la surface interne de sa cavité soit simultanément pressée par elle ; et qu'alors l'utérus n'éprouve dans aucun point de son étendue un tiraillement plus violent, qui, trop long-temps prolongé, pourrait compromettre la continuité de son tissu. Admettez, à la place du liquide amniotique, le fœtus chargé de produire ce développement, propre à le contenir et à le suivre dans son propre agrandissement ; nul doute que le sac utérin ne soit bientôt forcé de céder à l'action d'une cause qui agira sans cesse, et d'une manière si inégale.

Indépendamment encore de la gêne que le fœtus éprouverait à son tour dans l'accroissement de ses organes, de quel poids fatigant ne péserait-il pas sur la matrice? Sa surface est loin d'être parfaitement ovalaire, comme la cavité qui le contient ; les parties qui le forment ne présentent pas toutes la même consistance, la même conformation, la même force de compression progressive. Dès-lors, l'utérus sera inégalement poussé dans l'élargissement de ses diamètres ; dans les portions anguleuses que produit la flexion des membres, ses parois risqueront même de s'enflammer, et si l'accouchement ne se fait pas avant terme, si l'enfant, au milieu des résistances qu'il éprouve, ne meurt pas avant sa maturité, le travail de la grossesse cessera d'être un travail naturel ; les obstacles, grandissant à mesure qu'on s'approche du terme, le rendront essentiellement maladif, et dans la succession de si tristes périodes, le but de la nature sera entièrement manqué.

Et remarquez combien, dans la production de ce liquide, elle a montré de sagesse et de prévoyance. Il fallait que l'abdomen des femmes enceintes, exposé à l'action de mille causes vulnérantes, pût en faire supporter les effets, sans en rendre passible la jeune et frêle existence qui y a pris naissance. Eh bien! c'est encore ces eaux qu'elle a chargées d'accomplir ce vœu de la plus tendre sollicitude. Intermédiaires indispensables entre les objets extérieurs et l'enfant que leur contact serait capable de blesser, elles le défendent contre toute attaque nuisible. Les secousses propres à détruire une organisation si délicate et si légère se perdent au milieu des ondulations qu'elles éprouvent, et vont s'éteindre, en mourant, sur le corps même de l'enfant, qui à peine en est ébranlé.

Ainsi, tout concourt à sa conservation. La dilatation insensible et graduelle des parois utérines, le développement successif des membres, l'absence de tout frottement prolongé qui pourrait leur faire contracter des adhérences difformes, l'abri qui le protége, le rempart liquide au milieu duquel il brave les coups et les violences de l'abdomen de sa mère, et tous ces avantages de position, tous ces bienfaits d'existence, toutes ces facilités d'accroissement, de nutrition et de vie, il les doit surtout à la présence des eaux de l'amnios.

2.o PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Les eaux de l'amnios ne sont pas seulement destinées à protéger le fœtus renfermé dans le sein maternel, et à faciliter son accroissement; elles doivent encore étendre le bienfait de leur présence jusqu'au terme de la conception, et rendre moins dangereux pour lui le mécanisme de sa naissance. Au milieu des difficultés, quelquefois insurmontables, dont la nature a hérissé chez la femme l'acte de la parturition, lorsqu'une disproportion de quelques lignes d'étendue entre les parties qui doivent en être les instrumens, peut le rendre absolument impossible, elle a su balancer, par d'heureuses précautions, ce que l'organisation elle-même était propre à aggraver, et sauver ainsi les jours de l'enfant, qu'une compression funeste aurait à chaque instant menacés. Pour que l'accouchement ait lieu, en effet, la première, la plus indispensable des conditions, est que l'orifice utérin puisse se dilater avec facilité, que les contractions des fibres de la matrice surmontent peu à peu la résistance, et que, quelle que soit d'ailleurs la situation de l'enfant, il puisse le franchir avec plus ou moins d'efforts et de souffrances. Mais cette dilatation, pour n'entraîner avec elle aucun danger, doit se faire avec une sage lenteur; une précipitation insolite amènerait avec elles des déchiremens profonds, et si les jours du fœtus ne couraient aucun risque, ceux de la mère seraient alors gravement compromis.

Ici brille surtout la prévoyance de la nature, dont le physiologiste ne peut jamais se lasser d'admirer la sagesse et la profondeur. Pendant les premières contractions de l'utérus, les eaux de l'amnios, renfermées dans la poche, pressées dans tous les sens, se rapprochent de la partie la plus déclive, en poussant les membranes au-devant d'elles, et se présentent ainsi enve-

loppées à l'orifice utéro-vaginal. Sous la forme d'une poche véritable, dont elles ont pris le nom, elles parviennent, après un travail plus ou moins long, à surmonter la résistance que ces fibres leur ont d'abord opposée, à les tenir écartées en manière de coin, et à empêcher ainsi, pendant les intervalles que les contractions laissent entre elles, le rapprochement immédiat produit par leur élasticité réciproque. Bientôt des efforts plus grands, plus soutenus, augmentent la dureté, la grosseur de cette poche aqueuse, dont le volume donne à la dilatation du col une étendue proportionnée à la sienne, et concourt puissamment à préparer cet organe à un écartement encore plus considérable, déterminé par le passage de la tête elle-même.

Sans doute, cette première opération, ce premier temps de l'accouchement, ne se fait pas sans douleurs; elles sont inévitablement attachées aux contractions utérines, aux tiraillemens que produit, sur des organes sensibles, une pression aussi énergique. Mais ces douleurs, quelque aiguës qu'elles soient, sont du moins sans dangers. Les efforts doux et graduels qu'exerce la poche des eaux, ne s'accompagnent jamais de déchiremens; le col utérin, insensiblement aminci par l'effet même du développement de l'organe, cède sans contusion à la pression dirigée contre ses bords; il reçoit sans violence, sans tiraillemens rapides, la tumeur formée par les eaux et les membranes, s'accoutume à une dilatation qu'elles opèrent avec tant de lenteur, et acquiert ainsi l'aptitude nécessaire à une si importante fonction.

Qu'au contraire, des dispositions moins favorables existent; que, par une cause quelconque, la poche des eaux ne se présente pas la première, ou bien encore que, par d'imprudentes tentatives, elle se soit déjà rompue, avant d'avoir rempli sa mission, tout va changer de face pour la femme et pour l'enfant. L'accouchement deviendra une fonction plus douloureuse et plus pénible; souvent il ne pourra se faire que par le sacrifice de l'un ou de l'autre, car alors les phénomènes de la parturition seront intervertis. La tête du fœtus, qui ne sort le plus souvent qu'après la rupture de la poche amniotique, s'offrira la première à l'orifice utérin. Dure, résistante, volumineuse, peu susceptible de céder à la légère pression qu'elle éprouve, elle pèsera de tout son poids sur le col sans pouvoir s'y engager; la dilatation des fibres de ce dernier n'aura lieu qu'avec

des efforts longs et soutenus; les contusions, les tiraillemens douloureux, les déchirures, seront la conséquence certaine de ce pénible travail, et prépareront des suites qui ne seront pas sans danger. Il y a vingt-cinq années, j'étais bien jeune encore dans l'état des accouchemens, je fus témoin et acteur à la fois d'un événement semblable. Cédant aux pressantes sollicitations d'une femme qui m'avait donné sa confiance, et qui était mère pour la première fois, je multipliai le toucher, au gré de ses désirs, dans la vue de faciliter l'opération. J'eus le malheur d'ouvrir la poche des eaux avant la dilatation complète du col utérin : la malade paya outre-mesure mon inprudence et ma faiblesse. Trois jours et quatre nuits d'effroyables douleurs suffirent à peine pour terminer l'accouchement, et l'enfant, dont un embonpoint extrême avait rendu la sortie plus difficile, périt quelques minutes après sa naissance dans un état apoplectique. Depuis cette époque, j'ai souvent été appelé auprès d'autres malades auxquelles une semblable précipitation aurait infligé un supplice aussi cruel, si je m'étais laissé aller à leurs prières; mais, j'ai là-dessus une si entière conviction, je trouve que l'expérience et la théorie se marient si bien pour l'entretenir, qu'il ne m'arrive que très-rarement de percer la poche des eaux, même quand il n'y aurait plus de danger à le faire, et que j'abandonne presque toujours cette opération aux forces de la nature, qui s'en acquite assez bien. Aussi, je ne conçois pas encore comment un praticien a pu recommander une méthode contraire, et par quel désir d'innovation ou de système M. Lebreton fils a osé conseiller la rupture prématurée de la poche amniotique dans la vue de rendre l'accouchement plus naturel et plus facile. Cette évacuation sera bien plus déplorable encore, si le corps de l'enfant, placé d'une manière peu naturelle, exige le secours de la main pour son extraction : appliquée fortement contre lui, la matrice l'embrassera avec force, l'accoucheur éprouvera les plus grands obstacles à pénétrer dans sa cavité, et sa main, serrée par les fibres musculaires, irritées de nouveau par sa présence, ne pourra pas agir assez librement pour parvenir jusqu'aux pieds ou aux genoux de cet enfant; sa vie et celle de la mère sont alors dans le plus grand danger, et les bains, les saignées, les injections émollientes, ne suffisent pas toujours pour le conjurer.

Les eaux de l'amnios jouent encore un rôle essentiel dans le second temps de l'accouchement, alors même que la tête a franchi le détroit supérieur, et est descendue dans la cavité pelvienne. Il est rare, en effet, qu'elles s'évacuent en totalité après la rupture de la poche qui les renferme : une assez grande quantité reste encore au-dedans de la matrice, que la nature tient en réserve, et à laquelle elle a confié des fonctions importantes. Les organes de la femme, pour être facilement traversés par l'enfant, ont besoin d'être continuellement humectés. Les frottemens dont ils sont l'objet auraient bientôt desséché leur surface; mais, à chaque contraction utérine, une portion des eaux retenues supérieurement se détache, s'échappe par le col largement effacé, et, coulant sur les parois vaginales, en entretiennent la souplesse et l'humidité. D'autre part, la présence de ce liquide dans la matrice modère un peu l'effet sur l'enfant de ses contractions musculaires : les membres n'en sont pas fatigués, les tissus n'éprouvent aucune compression pénible, car sans cette disposition, il pourrait se faire que celle éprouvée par le cordon ombilical dans une des nombreuses situations qu'il peut prendre, serait assez forte pour y intercepter la circulation, et par conséquent, occasioner la mort du fœtus.

Ici s'arrêtent les considérations que j'avais à présenter sur l'importance que j'attache aux eaux de l'amnios dans les deux situations où je les ai étudiées. J'ai voulu démontrer combien leur présence est utile à la mère et à l'enfant, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail même de l'accouchement, et je crois avoir prouvé que, sans la connaissance exacte de leurs avantages, il est impossible d'exercer avec sécurité la profession d'accoucheur.

FRACTURE DE LA JAMBE

COMPLIQUÉE DE PLAIE ET D'ÉCRASEMENT,

Guérie sans claudication à l'aide de la suspension ;

PAR M. FRÉJACQUES,

EX-MÉDECIN DES HOPITAUX DE CARCASSONNE.

A la fin de Juin de l'année dernière, le nommé Cammélérau, propriétaire à Cazillac, ramassant du fourrage, voulut, pour en faciliter le transport, atteler une paire de bœufs devant le

cheval du timon. Il s'embarassa dans les traits, tomba, et la roue de la voiture lui passa sur la jambe, qui fut ainsi serrée, et broyée, pour ainsi dire, sur un terrain sec et durci par le soleil d'été. Une heure et demie environ s'écoula avant que je pusse me rendre auprès de lui. Je le trouvai dans un état si pitoyable, que je fis organiser une litière à bras pour le porter en ville, afin de pouvoir, plus facilement que dans son village, lui prodiguer des secours, que je jugeais déjà devoir être fort multipliés et délicats.

Après l'avoir placé dans un bon lit, et largement saigné, je m'occupai de la réduction de la fracture. Elle offrait des désordres affreux dans l'étendue de 3 à 4 pouces que la roue avait sillonnée. Une énorme contusion avec lacération des tégumens et des os qui étaient réduits en fragmens sans nombre, me fit d'abord penser à l'amputation, comme seule chance de salut. Cependant l'idée d'une mutilation pareille pour un homme à la fleur de l'âge, nouvellement marié, ébranla mon courage. Je communiquai mes craintes, et préférai, malgré ses dangers, une tentative d'expectation à un parti si rigoureux.

Après avoir modelé plutôt que réduit le membre horriblement déformé, j'appliquai l'appareil convenable, chloruré et camphré, et je soutins le tout par le bandage de Scollet, comme le plus propre à favoriser le pansement de tous les jours.

Applications résolutives et calmantes, boisson tempérante, silence autour du malade.

Quelques heures après, la fièvre s'était allumée, des douleurs atroces se développaient, et le plus léger mouvement du corps retentissait dans le point fracturé, malgré l'exactitude du bandage.

Je renouvelai plusieurs fois la saignée, et continuai le même traitement, auquel j'ajoutai une potion avec l'acétate de morphine. Soir et matin le besoin du pansement se faisait sentir par l'exaspération des douleurs qui venaient de jour en jour plus violentes. Ni sangsues, ni applications opiacées, ni cataplasmes, ne purent jamais les modérer, et vers le neuvième jour elles étaient tout-à-fait intolérables, et me firent redouter le tétanos. L'aspect de la plaie était toujours livide, et chaque pansement me forçait de sacrifier des lambeaux mortifiés, ou d'enlever quelque esquille. J'étais pressé par des circonstances aussi

graves, lorsque l'idée de la suspension, employée avec tant de succès par M. Mayor et autres chirurgiens célèbres, vint s'offrir à ma mémoire, et me faire espérer une amélioration par l'isolement du membre. En effet, tous les mouvemens qui venaient correspondre au point malade, et peu résistant de la jambe fracturée tant qu'elle était appuyée dans toute son étendue sur le matelas, devaient dès l'instant de la suspension se diviser sur deux points tout-à-fait étrangers à l'affection.

Cet appareil fut appliqué. Comme je l'avais prévu, la poulie qui le fixait au plancher, et l'articulation du fémur et du bassin, devinrent désormais les deux centres des mouvemens. Les douleurs diminuèrent bientôt, les accidens convulsifs cessèrent, la plaie se modifia peu à peu avantageusement, la fièvre tomba, le malade retrouva le sommeil qu'il avait perdu, et bientôt je n'eus plus à observer que les symptômes généraux de toutes les fractures.

La guérison marcha rapidement, et après deux mois le malade put commencer à se lever, à se traîner à l'aide de béquilles, et à confier progressivement le poids de son corps à la jambe qu'il avait si heureusement conservée malgré tant de circonstances désespérantes.

Une fistule, qui persista pendant plusieurs mois, s'est enfin cicatrisée par l'extraction d'une dernière esquille; et aujourd'hui que la guérison est complète, Cammélérau n'a même pas conservé l'apparence d'une claudication.

J'ai vu souvent dans les grands hôpitaux pratiquer des amputations pour des désordres peut-être moins graves que celui-ci. Moi-même, en ne prenant pas ce parti extrême, je tremblais à l'idée seule des chances dangereuses auxquelles je m'abandonnais; ce n'était qu'avec crainte que je me confiais à la nature, et ses ressources immenses, mais quelquefois inconnues, vinrent couronner mon espoir, et le succès dépassa mon attente.

CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE TOULOUSE pendant le mois de Janvier 1838,

PAR M. D. BERNARD.

Le mois qui vient de s'écouler a été vraiment remarquable par les variations de la température, et surtout par l'abaissement

de la colonne barométrique : à la suite d'un violent vent d'*Autan* (sud-est), le baromètre est descendu jusqu'à 73^{c} 35^{m}, phénomène qui, depuis de nombreuses années, ne s'était pas présenté à Toulouse.

Dans la première quinzaine de Janvier, le thermomètre, qui était peu à peu descendu à 8° au-dessous de zéro, ne tarda pas à remonter rapidement sous l'influence des vents d'est qui ont régné pendant la moitié du mois, et à la présence desquels nous devons, sans aucun doute, d'avoir échappé au froid intense qui à désolé un grand nombre de nos départemens, parmi lesquels il en est qui ne sont pas très-éloignés de nous. Enfin, quoi qu'il soit tombé très-peu de neige ou de pluie, l'atmosphère n'en a pas moins été très-humide.

Les maladies les plus généralement observées pendant la période qui nous occupe, ont été en premier lieu les affections catarrhales déguisées sous différentes formes, et venant compliquer, la plupart du temps, les différentes maladies qui se sont offertes à notre observation. C'est ainsi que nous avons remarqué de véritables douleurs catarrhales, ayant leur siége dans les aponévroses du tronc et des membres, et qui se montraient la plupart du temps comme épiphénomènes durant le cours des rhumes, des coryzas, ou même des simples courbatures, et qui se dissipaient facilement à l'aide du repos et des boissons légèrement diaphorétiques.

Les catarrhes bronchiques ont été souvent intenses, et ont quelquefois réclamé une médication énergique : en général les évacuations sanguines ont été utiles, mais n'ont pas toujours suffi pour guérir les malades ; c'est alors que l'emploi de l'ipécacuanha, surtout chez les enfans, a produit des résultats avantageux.

Les péripneumonies, les pleurésies, ont été nombreuses et peu meurtrières ; les saignées générales et locales, et les moyens auxilaires généralement consacrés, leur ont été opposés avec succès. Dans quelques cas d'épanchement thoracique, la digitale à haute dose a été administrée avec bonheur par quelques-uns de nos confrères.

Les affections du tube digestif, quoique en petit nombre, nous sont apparues sous la forme de ce que les anciens appelaient fièvres catarrhales, caractérisées principalement par l'état

maqueux de la langue, par la céphalalgie frontale, et par la continuité de la fievre; quelquefois une douleur à l'épigastre, des envies de vomir, etc., ont aggravé l'état des malades. C'est dans ces cas que l'application des sangsues à l'épigastre, que les boissons adoucissantes, etc., ont été avantageuses. Lorsque ces symptômes inflammatoires n'existaient pas, l'emploi des évacuans, et de l'ipécacuanha surtout, a presque constamment réussi.

Quelques praticiens ont signalé des diarrhées peu rebelles, particulièrement chez les enfans.

Ainsi que cela a été observé fréquemment, lors des variations atmosphériques, beaucoup de vieillards ont succombé atteints par des affections cérébrales. Chez les jeunes gens, les congestions de l'encéphale ont été moins funestes : c'est dans des cas semblables que quelques praticiens ont retiré de grands avantages de l'application continue des sangsues aux apophises mastoïdes.

Contrairement à ce qui avait été observé pendant les mois précédens, les fièvres intermittentes ont été rares.

Les rhumatismes généraux et partiels ont été observés en grand nombre; leur traitement n'a rien présenté de remarquable.

Les opthtalmies, les angines, les oreillons, les inflammations buccales, se sont tour à tour offertes dans la pratique journalière, mais sans présenter aucun caractère de gravité, et n'ont exigé l'emploi d'aucune médication extrordinaire.

A l'exception de la variole, de la varioloïde, de quelques cas de scarlatines et d'érysipèle à la face, les éruptions ont en général été peu nombreuses, et n'ont d'ailleurs offert aucun caractère de gravité.

Tableau météorologique.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE ou NEIGE.
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. E.	N. N. O. calme.	S. O.	
75 c 00 m	73 c 35 m	10 o 1/2	0 o, 8 o 1/2	14 j.	8 j.	9. j.	4 j.

NOTICE SUR LA NÉVROLOGIE ET L'ANGÉOLOGIE DES ESTOMACS DES RUMINANS,

PAR M. GELLÉ,

PROFESSEUR A L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE.

Les vétérinaires avaient regardé pendant long-temps les estomacs du bœuf, surtout le rumen, le réseau et le feuillet, comme des organes recevant peu de nerfs et de vaisseaux; n'étant doués, par conséquent, que d'une sensibilité très-obtuse et peu susceptible de présenter les phénomènes qui caractérisent l'inflammation. Des faits pathologiques m'avaient prouvé le peu d'exactitude de cette manière de voir. D'autres vétérinaires ayant aussi fait des remarques analogues, la phlegmasie des trois premiers estomacs du bœuf ainsi que celle de la caillette, doit être maintenant considérée comme un fait reconnu. Arrivé au professorat, je cherchai à fixer mon opinion sur ce point de doctrine, en étudiant avec soin la névrologie et l'angéologie de ces viscères : dès-lors, aidé de quelques élèves, j'avais reconnu que les cordons nerveux œsophagiens parvenus à la panse fournissaient une multitude de rameaux. Dépourvu de chef de service, chargé seul de la chaire d'anatomie, je ne pouvais suivre avec persévérance des recherches dont l'importance aiguillonnait mon zèle ; mais dès que M. Lafore me fut adjoint, aucun obstacle ne m'arrêta. Aussi, ce que je vais décrire nous est commun : je dois beaucoup à ses connaissances anatomiques, à sa patience, et à son adresse à manier le scalpel.

Je me bornerai ici à une simple description; plus tard, et dans une autre publication plus considérable et plus importante, je me livrerai à des considérations de physiologie et de pathologie ayant trait à ces faits anatomiques.

Les rameaux nerveux qui se portent aux estomacs du bœuf et des ruminans sont fournis par le pneumogastrique et le trisplanchnique. Je vais faire une description succinte du premier, et ne parler du second qu'en ce qui a rapport à l'innervation des organes digestifs.

Le pneumogastrique, nerf vague (dixième paire encéphalique, huitième dans l'homme), prend son origine centrale, dans le bœuf comme dans le cheval, sur les parties latérales et moyennes du bulbe rachidien (corps olivaire), par plusieurs filets qui se réunissent pour former un cordon assez gros, qui sort du crâne par l'hiatus occipito-temporal avec la neuvième et onzième paire ou accessoire de Willis. Mais, en examinant attentivement le pneumogastrique du bœuf à son origine, on voit distinctement que les racines de la onzième paire, ou accessoire, se confondent avec celles de la dixième, ou pneumogastrique, avant que celles-ci pénètrent dans le ganglion nerveux qui se trouve

constamment, dans le cheval et dans le bœuf, à l'origine du nerf vague, et que ces deux paires de nerfs, dixième et onzième, après avoir franchi ce ganglion, ainsi que le canal rachidien, restent intimement unies dans un trajet de 6 à 7 centimètres. Le pneumogastrique, après s'être séparé de la onzième paire, envoie des filets au ganglion guttural, des rameaux pharyngés, et d'autres à l'artère céphalique; mais il fournit particulièrement *deux nefs laryngés supérieurs*, un *antérieur*, plus gros, qui donne souvent un filet pharyngien, et un *postérieur*, plus petit et plus long. Mais ce qu'il y a de remarquable dans le bœuf, c'est que ces deux rameaux s'anastomosent avec le récurrent, ou laryngé inférieur, savoir: le rameau postérieur, le moins volumineux, mais le plus long, avec un cordon qui paraît venir du récurrent. Cette anastomose, qui est plexueuse, a lieu à la hauteur des premiers cerceaux cartilagineux de la trachée-artère, par-dessus et en arrière du larynx. Le cordon laryngé supérieur, ou le plus gros, s'unit au récurrent, ou laryngé inférieur, au moyen d'un rameau venant de ce dernier, qui passe sous le cartilage tyroïde pour aller s'unir avec ce nerf laryngé supérieur et antérieur. L'anastomose de ces trois filets, destinés pour le larynx, forme un plexus situé en arrière de cet organe, et sous l'origine latérale de la trachée, d'où naît un cordon rétrograde qui rampe sur la surface inférieure de l'œsophage, et s'y ramifie.

Chaque cordon principal des deux pneumogastriques suit la gouttière jugulaire de l'encolure, accolé au trisplanchnique qu'il accompagne. Arrivés aux ganglions cervicaux inférieurs, les nerfs vagues se séparent du trisplanchnique; l'un et l'autre fournissent des rameaux au plexus trachéal, au plexus cardiaque; mais le pneumogastrique droit envoie particulièrement un gros filet aux oreillettes du cœur. Il émane aussi de ces nerfs, dans cette région, les laryngés inférieurs, ou récurrent droit et gauche. Les deux pneumogastriques vont ensuite former le plexus bronchique; ils reçoivent chacun en cet endroit un rameau nerveux trisplanchnique venant du plexus qui entoure le ganglion cervical inférieur, naissant quelquefois de ce ganglion lui-même, comme nous l'avons vu en Février 1837; mais le plus communément du premier, du deuxième ou troisième ganglion de la portion thoracique du trisplanchnique. Ce petit nerf, qui va rejoindre le plexus bronchique et concourt à le former, se porte obliquement, traverse le muscle sous-dorso-attoïdien, arrive sur les parties latérales de l'aorte, y forme un plexus pourvu d'un petit ganglion, d'où naissent les filets de communication qui se rendent au plexus bronchique, tandis que les autres se distribuent dans l'aorte et l'œsophage. Cette description confirme la découverte importante de M. Hugier, faite en 1837.[1]

[1] Cet hiver, en disséquant, pour une leçon, le trisplanchnique dans le cheval, nous avons reconnu qu'il partait du plexus, ou plutôt du ganglion cervical inférieur, un filet nerveux qui se portait au nerf diaphragmatique, et concourait à le former en s'unissant au rameau venant des racines inférieures des sixième et septième paires cervicales. Nous

Les deux pneumogastriques, après avoir formé le plexus bronchique concurremment avec les rameaux venant du trisplanchnique, se terminent par les deux nerfs œsophagiens, qui paraissent être la continuation des cordons principaux, le droit formant l'œsophagien supérieur, et le gauche l'œsophagien inférieur. Mais ces deux nerfs s'envoient réciproquement des rameaux anastomotiques dont la disposition est telle, que chacun des œsophagiens appartient également aux deux pneumogastriques.

Le nerf œsophagien inférieur, le moins volumineux, traverse l'ouverture diaphragmatique, et gagne le réseau; arrivé sur cet estomac, il fournit de suite un petit rameau situé à gauche et en bas, qui passe entre le diaphragme et la face antérieure du bonnet, se porte à la face postérieure du foie, dans la substance duquel il se ramifie, ainsi que dans la vésicule du fiel. Arrivé à l'origine du canal cholédoque, ce petit rameau se réunit à un filet du trisplanchnique qui accompagne l'artère hépatique; ils forment alors ensemble un plexus dont les nerfs qui en émanent pénètent dans le parenchyme du foie, accompagnent l'artère hépatique, tandis que le rameau de continuité suit le canal cholédoque jusque dans la portion duodénale de l'instestin grêle. Je dis que ces filets nerveux composés pénètrent ensemble dans la substance du foie, en suivant les organes de l'appareil sécréteur de la bile, jusqu'à sa terminaison dans le duodenum. Il existe une disposition à peu près semblable dans le chien.

J'ai dit que le nerf œsophagien inférieur arrivait d'abord sur le réseau, où il formait deux plexus sans recevoir aucuns rameaux nerveux étrangers; de cet estomac, le cordon principal gagne la grande courbure du feuillet, où il forme encore des ramifications plexueuses, et va enfin se terminer sur la grande courbure de la caillette par un plexus considérable. Dans ce trajet, cet œsophagien fournit les rameaux suivans: 1.° du premier plexus qu'il forme sur le réseau près de l'œsophage, divers nerfs supérieurs et antérieurs qui se distribuent, les uns sur le réseau, les autres sur le rumen, autour de la terminaison de l'œsophage et dans la scissure inférieure et antérieure de cet estomac, pour se répandre sur son sac gauche; deux autres filets gagnent aussi cette scissure antérieure, passent entre les deux lobes, et se ramifient sur la face antérieure de la panse; 2.° d'un autre plexus que cet œsophagien va former sur le réseau, partent encore cinq ou six rameaux nerveux qui gagnent le feuillet et se distribuent dans ses membranes; 3.° d'un plexus existant sur le feuillet, émanent plusieurs filets qui se répandent sur ce viscère; 4.° enfin, du plexus terminal que nous avons déjà dit exister sur la

avons vérifié deux autres fois la présence de ce nerf, dont personne n'a encore parlé; découverte qui coïncide avec celle de M. Hugier, et donne à pressentir tout ce qu'il y a de vital dans la fonction de la respiration. Nous avons aussi trouvé dans le bœuf ce rameau nerveux trisplanchnique s'unissant au nerf diaphragmatique.

caillette, sortent divers nerfs dont la majeure partie pénètre dans cet estomac, d'autres vont au pylore, et quelques-uns à l'intestin grêle.

L'œsophagien supérieur, le plus considérable, est situé entre l'aorte et l'œsophage; il pénètre avec ce dernier dans l'abdomen, gagne la face supérieure de la panse, et forme alors un vaste plexus qui s'étend depuis la neuvième vertèbre dorsale jusqu'à la première lombaire, dans une longueur d'environ 9 centimètres. Pour former ce plexus, qui a pour centre un ganglion nerveux, l'œsophagien supérieur reçoit plusieurs cordons trisplanchniques venant du plexus cœliaque.

De ce plexus cardiaque, où les deux genres de nerfs s'entrecroisent, se mêlent, partent les rameaux composés suivans: 1.° quatre cordons antérieurs, ayant une origine unique, gagnent le feuillet, le réseau et les sacs antérieurs du rumen; un d'eux va du feuillet et du rumen aux deux courbures de la caillette; 2.° plusieurs rameaux latéraux qui se portent à droite et à gauche sur les sacs du rumen, ainsi que vers l'orifice œsophagien; quelques-uns de ces nerfs s'anastomosent avec des filets venant de l'œsophagien inférieur; 3.° des cordons qui se dirigent en arrière et à gauche, et vont se répandre dans le sac gauche de la panse; 4.° de la partie postérieure de ce plexus, sortent d'abord trois à quatre nerfs plexueux aussi, qui suivent la scissure supérieure du rumen, accompagnent les artères, gagnent la scissure postérieure et inférieure de cet estomac, en se ramifiant dans les parties environnantes; 5.° enfin, du même point, mais un peu au-dessus des rameaux précédens, sortent un ou deux cordons blancs, aplatis, qui se rendent dans les plexus cœliaques et mésentériques.

La caillette reçoit, outre les nerfs que nous venons d'indiquer, des rameaux rétrogrades venant de l'intestin grêle.

Les organes de la digestion, dans les ruminans, reçoivent donc: 1.° des nerfs simples venant directement des pneumogastriques par le cordon œsophagien inférieur; 2.° des nerfs composés plexueux et ganglionaires, émanant de l'œsophagien supérieur ainsi que du plexus cœliaque, qui forment ensemble le grand plexus cardiaque supérieur que nous avons décrit. Remarquons, en outre, que des filets nerveux récurrens et encore composés, remontent des intestins grêles à la caillette, à laquelle ils fournissent de nombreux cordons plexueux qui se ramifient sur sa grande courbure, et qu'un rameau nerveux pneumogastrique venant de l'œsophagien inférieur, se porte au foie, à la vésicule du fiel, accompagne son canal excréteur jusqu'au duodénum, non-seulement dans le bœuf, mais encore dans le chien, animal pourvu, comme le premier, d'un réservoir biliaire, tandis qu'une semblable disposition n'existe pas dans l'espèce équine.

Il faut avoir disséqué tous ces nerfs, les avoir étudiés plus d'une fois, pour s'en faire une idée exacte. On est étonné de la quantité innombra-

ble de leurs filets plexueux, dont la réunion et l'entrelacement sous la membrane péritonéale forme un réseau admirable, d'où partent une multitude de filets fins et très-capillaires qui pénètrent dans les membranes de ces viscères.

Le rameau œsophagien inférieur se porte surtout aux trois premiers estomacs, à part quelques filets qu'il envoie au foie et à la caillette, tandis que les nerfs complexes, émanant du plexus formé par l'œsophagien supérieur et des rameaux trisplanchniques, se portent principalement à la caillette, aux intestins, et en quantité moindre à la panse, au réseau et au feuillet.

Si nous considérons la répartition de ces nerfs d'une manière générale, nous verrons que le rumen paraît en recevoir le plus, surtout vers la cravate et la gouttière œsophagienne; puis le feuillet, la caillette, le réseau et l'intestin.

Angéolgie. — L'aorte postérieure ne présente d'autres différences bien sensibles dans le bœuf, comparée à sa disposition dans le cheval, que dans les vaisseaux qui se portent aux estomacs : ainsi, le tronc cœliaque, qui constitue un vaisseau artériel plus considérable que dans l'espèce équine, ne se divise d'abord qu'en deux branches principales : 1.° l'hépatique, qui se comporte comme dans le cheval, et se ramifie entièrement dans le foie ; 2.° la gastrique, qui fournit de suite la splénique.

Cette artère *splénique* diffère elle-même de celle du cheval, car, après un trajet d'un pouce, elle se divise en deux rameaux, dont un, antérieur, se porte en avant et à gauche, gagne la scissure de la rate, et se ramifie dans ce viscère sans fournir des vaisseaux à la panse, l'autre postérieur, plus considérable, et destiné pour le rumen, se dirige d'avant en arrière, suit la scissure supérieure, passe ensuite dans la scissure postérieure entre les deux lobes de cet estomac, et parvient enfin à sa face inférieure, où il se bifurque en suivant les scissures qui délimitent les compartimens de ce dernier estomac. Cette artère fournit dans son trajet des rameaux latéraux qui se ramifient, se distribuent dans toutes les parties postérieures inférieures de ce viscère. Le rameau gastrique de la cœliaque, ou plutôt l'artère gastrique, forme aussi deux branches principales : 1.° l'antérieure, qui suit la gouttière supérieure, se rend dans l'interlobulaire antérieure, donne divers rameaux aux parties antérieures de la panse, dont plusieurs s'anastomosent avec des rameaux venant de la branche postérieure de la splénique ; 2.° la postérieure, qui donne de nombreux rameaux au réseau, au feuillet et à la caillette. Les veines suivent un trajet analogue pour se rendre dans la branche splénique de la veine-porte.

Par cette disposition, on voit que, dans les ruminans, le rameau postérieur de la splénique remplace les rameaux qui, dans l'espèce cheval, vont de l'artère splénique à la grande courbure de l'estomac (vaisseaux courts).

Dans le jeune animal qui tette, et dans lequel, par conséquent, la panse ne fonctionne pour ainsi dire pas, on remarque que les vaisseaux de la caillette sont les plus développés et reçoivent plus de sang. Mais cette vascularité change au fur et à mesure que l'animal use d'alimens plus consistans et susceptibles d'être ruminés. Toutefois, dans l'animal adulte, la distribution de ces nombreuses ramifications artérielles est disposée de telle sorte, que la caillette reçoit encore proportionnellement plus de sang que les autres estomacs; ce qui se rapporte parfaitement avec les sécrétions et les fonctions dont sont chargés chacun de ces estomacs.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Moyen de prévenir les Rétrécissemens de l'Urètre; par M. Béniqué.

Parmi les maladies qui se multiplient, s'aggravent, se perpétuent par cela seul que le traitement en est irrégulier, faussé, banal, la syphilis doit occuper une place distinguée. Cette affection, dont une saine médecine triomphe presque toujours, entraîne le plus souvent après elle de graves désordres lorsqu'elle est confiée aux soins des charlatans, des empiriques, des médecins à prospectus et à placards, qui exploitent impunément la crédulité publique. Aussi, n'est-ce plus pour la maladie à son début que le vrai praticien est consulté, mais pour des symptômes consécutifs, constitutionnels; pour tarir un écoulement de plusieurs mois, de plusieurs années d'existence; enfin, pour combattre des rétrécissemens du canal de l'urètre plus ou moins anciens. M. Béniqué paraît s'en être aperçu, et, dans un travail sur les rétrécissemens de l'urètre, il s'attache à reconnaître l'état de ce canal lorsqu'il va devenir le siége d'une coërction, et cherche les moyens de la prévenir.

Les blennorrhagies qui existent depuis plusieurs mois cessent rarement tout-à-coup. Presque toujours, en pressant la verge de derrière en devant, on fait poindre un léger suintement, signe qui prouve que la membrane muqueuse n'est pas dans son état normal; signe, selon l'auteur, qui constitue l'état intermédiaire entre la blennorrhagie et le rétrécissement. Ici, ou la membrane muqueuse urétrale a disparu pour faire place à un tissu fibreux, blanchâtre et comme calleux que l'art parvient très-difficilement à détruire; ou cette membrane étant plus intacte, l'altération du tissu cellulaire sous-jacent produit l'obstacle. Quoiqu'il en soit, ce qu'il y a de plus important et de plus difficile, c'est de déterminer avec précision la portion malade de l'urètre.

Pour y parvenir, M. Béniqué, après avoir entouré une bougie d'un

petit calibre d'une bande d'un fin tissu de fil ou de soie, l'introduisait dans le canal, à l'aide d'une sonde en argent ouverte par les deux bouts, et l'y laissait à demeure. Peu à peu, le pus sécrété imbibait la portion correspondante de cette espèce de chemise, et il était aisé de reconnaître, par l'inspection seule, à quelle distance du méat s'opérait la sécrétion. Mais l'auteur ne tarda point à s'apercevoir que l'urine, filtrant entre les parois du canal et la bougie, étendait, effaçait même la tache, et nuisait sensiblement au diagnostic. Il y remédia de cette manière : une petite vessie pouvant atteindre un diamètre de 3 ou 4 lignes par la distention, est affaissée sur une sonde flexible de 2|3 de ligne de diamètre. Cette dernière étant placée convenablement, il injecte la petite ampoule, qui sert de barrière à l'écoulement de l'urine.

Le point malade étant aussi bien précisé que possible, c'est seulement sur lui que doivent être dirigés les agens thérapeutiques. Pour cela, M. Béniqué se sert d'une sonde d'argent, à laquelle est ajusté un tube capillaire qui communique avec deux petits pertuits situés, l'un en-deçà, l'autre au-delà des yeux de la sonde. Deux petites ampoules de baudruche sont adaptées aux points qui communiquent avec le tube, qui ferme par un robinet. En distendant les petites vessies, elles forment deux bouchons entre lesquels est placé le point malade du canal, qui seul sera en contact avec les agens médicinaux. A cet effet, non-seulement le nitrate d'argent est conseillé, mais encore les opiacés, et en général, toute la matière médicale, depuis les émolliens jusqu'aux toniques et aux caustiques.

Cet appareil ingénieux mérite des éloges à son auteur ; mais nous craignons que le mécanisme, à la vérité très-simple et très-facile à analyser, ne joue pas assez exactement dans l'intérieur du canal de l'urètre pour réaliser les espérances qu'on peut d'abord en concevoir.

Considération sur la dépendance des Fistules de la face d'une altération des dents, et sur leur traitement par l'évulsion de celles-ci, par M. Serres, d'Uzès.

L'étendue des os maxillaires, les fonctions qu'ils sont appelés à remplir, rendent suffisamment raison de la fréquence des fistules à la face. Les dents qu'ils retiennent, journellement exposées à des causes incessantes de destruction, se séparent des liens qui leur donnent une espèce de vie, deviennent corps étranger dans l'alvéole, d'où elles doivent être chassées par un travail éliminateur qui entraîne souvent de graves désordres, et principalement des fistules dentaires. Sur dix fistules à la face, neuf au moins, dit M. Serres, sont entretenues par cette cause. Etroites, sinueuses, profondes, elles résistent à tous les traitemens, si l'on ne remonte au principe de ces désordres ; aussi, recomande-t-il de

faire sourtout attention aux dents de l'individu, et constater leur état d'intégrité. S'il en est quelqu'une de cariée dans le voisinage de la fistule, nul doute que cette dernière ne soit entretenue par l'affection de cette dent, qu'il est nécessaire d'arracher. Peu après, les douleurs se calment, le conduit fistuleux s'oblitère, et, sans traitement aucun, par les seules forces de la nature, la guérison s'opère

C'est par l'extraction de la dent, ou chicot, correspondant à la fistule, que l'auteur a guéri, en un ou deux jours, des fistules qui dataient de plus de huit ans d'existence, et contre lesquelles avaient échoué les injections, la cautérisation et l'ablation de la table externe de la mâchoire.

Quoique nous ne soyons pas entièrement de l'avis de M. Serres sur la dépendance des fistules, nous avons été à même d'observer les plus heureux effets de l'évulsion des dents dans les abcès à la partie inférieure de la face.

De l'efficacité de l'Huile de morue dans le traitement de la Carie scrofuleuse, par M. Janffield.

Depuis long-temps en usage chez les peuples du Nord contre les arthrites chroniques, l'huile de morue est employée, depuis une quinzaine d'années en Suisse, et surtout en Allemagne, pour le traitement des affections goutteuses, rhumatismales, scrofuleuses et rachitiques. Les praticiens de ces pays assurent qu'elle jouit des propriétés toniques et excitantes très-prononcées. M. Janffield est le premier dans notre pays qui ait tenté d'en constater les effets. Il l'a essayée trois fois : la première, sur une fille de 6 ans, affectée de carie scrofuleuse ; la seconde, sur un jeune homme de 18 ans, atteint de carie vertébrale, avec abcès à la région sacro-lombaire et paralysie des extrémités inférieures ; la troisième, dans une tumeur blanche du genou. L'auteur croit que, de même que l'iode agit plus spécialement sur les scrofules des parties molles, de même l'huile de morue a plus de prise sur les scrofules des os. Il en administre d'abord quatre cuillerées à café par jour, deux le matin, deux le soir, en augmentant progressivement jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la dose de deux onces. Lorsque les malades ne peuvent vaincre la répugnance qu'elle leur cause, il la donne en demi-lavement dans une décoction d'amidon.

BIBLIOGRAPHIE.

JOURNAL DES VÉTÉRINAIRES DU MIDI,

SOUS LA DIRECTION DE M. LE PROFESSEUR BERNARD.

Après la lecture de l'article que M. Gellé a communiqué ce mois-ci à notre journal, il est facile de voir sur quelles larges bases l'ensei-

gnement s'organise dans notre Ecole Vétérinaire : rien de ce qui intéresse la science n'y est négligé ; disons mieux, l'École de Toulouse vient se placer dignement auprès de ses sœurs de Lyon et d'Alfort. Mais il lui manquait un organe officiel, un recueil empreint de sa physionomie locale où elle pût verser, au profit de la science et de ses nombreux élèves, les faits recueillis dans son sein, et coordonnés ou expliqués par ses professeurs.

Le *Journal des Vétérinaires du Midi*, dont M. Bernard est le directeur, vient de combler cette lacune.

Dans un prospectus que tout le monde connaît, et qui a été accueilli avec faveur, M. Bernard avait exposé, d'une manière ingénieuse et précise, ses opinions et ses espérances en médecine. Dans le premier numéro du journal, que nous avons sous les yeux, le savant professeur de clinique développe quelques propositions qu'il n'avait fait qu'indiquer, et tous ceux qui liront cette introduction reconnaîtront dans ces quelques pages la manière large avec laquelle M. Bernard pense et écrit. Sans doute, toutes ces idées ne sont pas les nôtres, mais il en est beaucoup que nous partageons, et qui peuvent, à notre avis, avoir une influence heureuse sur la conduite des médecins qui soignent les hommes.

Un mémoire de M. Miquel, de Béziers, sur l'emploi de l'émétique à haute dose dans les fluctions de poitrine, nous donne la mesure de la tolérance des organes chez le cheval. Ce mémoire n'est pas inséré en entier dans le numéro ; nous n'avons pu le juger d'ensemble ; mais le commencement annonce chez M. le président de la Société Vétérinaire de l'Hérault, des connaissance positives et de l'érudition. M. Bernard fait connaître ensuite, sous le titre de l'*État de la jurisprudence vétérinaire*, l'opinion de l'Ecole de Toulouse sur la loi des vices rédhibitoires qui se discute en ce moment au palais du Luxembourg. Nous déclinons notre compétence pour juger de la valeur des réponses formulées par notre Ecole aux questions du Ministre. Mais il nous semble que l'opinion que M. Leblanc, de Paris, a développée dans divers journaux, n'est pas conforme à celle de ses confrères de Toulouse, et pourtant l'opinion de M. Leblanc nous paraît devoir être prise en sérieuse considération par MM. les pairs chargés de faire la loi.

Le *Journal Vétérinaire* paraîtra tous les mois, au prix de 8 fr., par cahiers in-8.° de deux feuilles à deux feuilles et demie d'impression. Les dernières pages du numéro de Janvier sont occupées par un article nécrologique sur M. Moiroud. Puisse le souvenir de ce digne directeur de l'Ecole soutenir dans ses pénibles travaux celui qui sur le bord de la tombe lui dit de si tristes adieux !

TRAVAUX ORGINAUX.

LITHOTRITIE.

CLINIQUE DE L'HOTEL-DIEU SAINT-JACQUES,

Service de MM. Viguerie et Dieulafoy.

OBSERVATION PAR M. DIEULAFOY. [1]

Pourquet (Bernard), d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, était atteint, depuis environ deux ans, d'un calcul urinaire qui, par son séjour dans la vessie, avait produit des altérations tellement graves, qu'elles exercèrent pendant quelque temps sur l'organisme une influence funeste, au point de menacer les jours du malade.

Les premiers symptômes de cette affection calculeuse furent si faibles, que ce jeune homme n'y attacha d'abord aucune importance ; mais ils ne tardèrent pas à acquérir de l'intensité, et dès ce moment seulement data pour lui l'invasion d'une maladie dont il avait encore ignoré l'existence. Alors les douleurs dans la vessie et le canal de l'urètre, qui n'avaient été que passagères, devinrent plus fortes et presque continues. Elles furent accompagnées de rétention d'urine, douleurs dans la région du rein droit, émission des urines pénible et douloureuse, sensation d'un corps dur qui s'engage à l'origine du canal urétral. Ces symptômes violens firent soupçonner l'existence d'un calcul, qui fut bientôt constatée, au moyen du cathétérisme, par l'homme de l'art qui le premier fut appelé pour lui donner des soins. Mais déjà à cette époque l'affection calculeuse avait tellement réagi sur l'économie entière, que le malade, languissant, accablé par des douleurs violentes, devint de jour en jour plus faible, et incapable de continuer les fonctions de domestique dont il

[1] Cette observation remarquable devait faire partie du mémoire publié dans le dernier n.° de notre Journal ; un oubli des compositeurs en a seul retardé la publication. Nous relèverons aussi une erreur qui s'est glissée dans ce même article : la première observation seule a été recueillie dans la pratique de M. Viguerie ; les autres appartiennent toutes à M. Dieulafoy, excepté celle du jeune Dispan.

(Note des Rédacteurs-Gérans.)

était chargé. Pour arrêter la marche des accidens, il était urgent d'extraire le corps étranger. Le mal étant devenu intolérable, le malade se décida à venir à l'Hôtel-Dieu, où il entra le 4 Novembre 1836.

Affaibli par de longues souffrances, il se plaignait d'une douleur dans la région hypogastrique; difficultés d'uriner, dégoût, accablement profond. On reconnut la présence de la pierre dans la vessie, qui était d'une sensibilité extrême. Son état resta quelques jours stationnaire; mais, dans le courant du mois de Décembre, les symptômes devinrent plus intenses. La douleur hypogastrique, plus vive, augmentée par la pression, se propagea dans la direction de l'uretère droit et du rein. Abdomen météorisé, pouls fébrile, anorexie, lassitude générale. La vessie était évidemment le siége d'une inflammation catarrhale: les urines étaient troubles, chargées d'une grande quantité de mucosités blanchâtres, compactes, qui se déposaient au fond du vase. Un régime et une médication émolliente n'apportèrent qu'un léger amendement de courte durée. Au moyen de potions calmantes, d'applications émollientes, on parvenait bien à calmer les douleurs, à donner du soulagement; mais l'affection principale existait toujours. La santé du malade, déjà fortement ébranlée, reçut de rudes atteintes. Dans le mois de Janvier l'épuisement était considérable : maigreur extrême, état voisin du marasme, fièvre lente, continue; douleurs de l'hypogastre et de la région rénale, langue rouge, diarrhée pendant quelques jours. Ces symptômes se calmèrent sous l'emploi d'une médication appropriée. Les douleurs et la tension abdominale cédèrent à l'usage des frictions mercurielles et des applications émollientes sur l'abdomen; la diarrhée fut arrêtée. On obtint, à la fin de Janvier, une amélioration notable; cependant le pouls était toujours fébrile, les urines étaient chargées de mucosités, la faiblesse et la maigreur extrêmes.

Dans un état si grave de maladie, il était fort difficile de déterminer la conduite à suivre dans le traitement spécial de l'affection calculeuse. Il était à craindre qu'un instrument quelconque, porté sur un organe enflammé, ne déterminât des accidens nouveaux. D'un autre côté, on ne pouvait espérer une amélioration durable tant que la cause de l'inflammation de la vessie ne serait pas détruite. Les chirurgiens de l'établis-

sement, persuadés que la dernière considération était la plus importante, se décidèrent à employer le seul mode opératoire qui pût encore présenter une faible chance de succès, le broiement de la pierre dans la vessie, ou lithotritie; opération dont ils avaient pu apprécier précédemment les heureux résultats.

Pour habituer le canal de l'urètre au passage de l'instrument lithotriteur, on eut soin de pratiquer, à certains intervalles, le cathétérisme au moyen d'une sonde de gomme élastique; mais il fallait accoutumer la vessie à contenir une certaine quantité de liquide, condition indispensable à l'opération. Des injections furent essayées avec ménagement; elles étaient douloureuses : la vessie, irritée, s'habitua difficilement à la présence du liquide; cependant, on parvint à en injecter une quantité suffisante. Ces moyens préparatoires n'ayant produit aucun accident, M. Dieulafoy fixa l'opération au mois de Février 1837. Avant de la décrire, il est, je crois, essentiel de rappeler en quelques mots l'état dans lequel se trouve le malade : faiblesse et maigreur extrêmes; face pâle, profondément altérée; pouls petit, concentré, fébrile; abattement profond; urines chargées de mucosités; le ventre est souple, les douleurs hypogastriques ont diminué. Le malade est à l'usage de la soupe. Riz, tisane graine de lin.

4 Février 1837. Première séance de lithotritie. — La grande faiblesse du malade exige que l'opération soit faite sur le lit où il est couché : le transport à la salle d'opérations serait dangereux. L'appareil dont on se sert est celui d'Heurteloup, modifié par Leroy d'Etioles. Ce lithotriteur agit sur la pierre par écrasement et par broiement; cette action est produite par une vis de pression d'une très-grande force, ou par percussion au moyen d'un marteau. Des points d'appui mobiles sont disposés pour que le mouvement de l'instrument n'agisse que sur la pierre, et non sur les parties dans lesquelles il est engagé (L'examen de l'instrument en fait comprendre le mécanisme).

Le bassin du malade étant élevé au moyen d'un coussin, M. Dieulafoy, chargé de l'opération, injecte dans la vessie de l'eau tiède pour la distendre; elle peut à peine en contenir deux onces. L'instrument, fermé et graissé, est facilement introduit dans la vessie; alors le chirurgien, avec ménagement, écarte les branches de l'instrument, et tâche d'engager le calcul. A la

première tentative il réussit à le saisir; le gradomètre, placé à l'extérieur, marque un écartement de 16 lignes. Un aide adapte à l'extrémité de l'instrument la vis de pression et le point d'appui, et fait agir, au moyen de la main, la vis de pression : le calcul est écrasé et brisé en plusieurs fragmens. Par une deuxième manœuvre semblable à la première, un fragment est saisi : il marque 12 lignes d'écartement; il est écrasé et broyé en partie. Les branches de l'instrument sont écartées une troisième fois; elles saisissent latéralement un troisième fragment qui marque 6 lignes. Ces manœuvres, faites avec le plus grand ménagement, ont produit peu de douleurs au malade. Pour ne point irriter la vessie, l'instrument est retiré : sa gouttière contient beaucoup de détritus calculeux.

Cette première séance, qui a duré bien peu de temps, a eu un heureux résultat : la pierre a été brisée en fragmens, deux de ces fragmens ont été broyés. Le malade lui-même, qui redoutait l'opération, est étonné de sa simplicité et du peu de douleurs qu'elle occasione. — demi-once sirop diacode, cataplasme émollient sur l'hypogastre.

5 Février. — Les urines que le malade a rendues pendant la nuit contiennent du détritus mêlé aux mucosités; le pouls est un peu fréquent, mais il n'y a aucun accident; le ventre est souple, sans douleurs; moins d'abattement, plus de satisfaction et de confiance de la part du malade. Cet état dure les deux jours suivans. — Soupe, riz, tisane graine de lin, julep calmant.

7 Février. Deuxième séance. — Le calme dans lequel se trouve le malade engage à faire une deuxième séance. L'injection du liquide est douloureuse; la vessie ne peut en contenir qu'environ 2 onces. L'instrument étant introduit, on procède à la recherche des fragmens calculeux. Le premier fragment saisi marque 10 lignes d'écartement; il est écrasé en partie par la vis de pression; mais, à cause de sa dureté, on est obligé de donner quelques coups de marteau, qui le brisent entièrement. Quatre fragmens sont saisis; ils sont facilement broyés : ils marquaient de 4 à 6 lignes. On s'arrête à ce point. La gouttière de l'instrument contient beaucoup de détritus. Le résultat de la deuxième séance est la saisie et l'écrasement de cinq morceaux calculeux. Les manœuvres, faites avec beaucoup de ménagement et de pru-

dence, n'ont presque pas produit de douleurs : le malade est très-calme. — Demi-once sirop diacode.

8 Février. — Les urines contiennent plusieurs débris de 2 à 3 lignes. On doit remarquer que les douleurs de la vessie sont moins fortes ; les mucosités sont moins abondantes. L'état général du malade n'a pas empiré ; mais il n'est pas amélioré : le pouls conserve de la fréquence ; langue rouge, mais humectée ; le ventre est souple ; douleur dans la direction de l'uretère droit. — Frictions mercurielles, cataplasme, deux fois riz, tisane graine de lin, julep calmant.

10 Février. — Un débris, entraîné par les urines, s'est arrêté au méat urinaire, qui est très-étroit ; il retiré au moyen de pinces. Pouls moins fréquent, langue humectée, ventre souple. — Riz, *idem.*

Dans la nuit du 12 Février, les urines entraînent deux fragmens calculeux qui s'arrêtent au méat ; le premier, plus petit, est retiré au moyen de pinces ; le deuxième, plus volumineux, ne peut être extrait. A la visite du matin, M. Viguerie essaie divers moyens pour l'extraire : les pinces ordinaires, les stylets, les pinces de Hunter ; il est enfin retiré par la palette de Civiale. — Diète, tisane graine de lin, julep calmant.

14-15 Février. — Un fragment, entraîné jusqu'au méat, est extrait. L'extrémité de la verge est douloureuse ; on la recouvre d'un cataplasme. Un mieux notable se déclare chez le malade : la fièvre a cessé, point de douleur dans la vessie, ventre souple, langue bonne. — Soupe, deux fois riz, tisane graine de lin.

Les jours suivans, le mieux se conserve : le malade voudrait manger. Les urines ne contiennent pas autant de mucosités.

21 Février. Troisième séance. — La vessie contient plus de liquide que dans les séances précédentes ; elle n'est plus aussi douloureuse. Quatre fragmens sont saisis et broyés : le premier marque 9 lignes, le deuxième, 6 lignes ; le troisième, 8 lignes ; le quatrième, 3 lignes. Ces fragmens, saisis dans diverses parties de la vessie, sont broyés. La gouttière de l'instrument renferme, comme dans les séances précédentes, beaucoup de détritus. Les douleurs produites par l'opération sont presque nulles.

Le lendemain, jusqu'au 26 Février, l'état du malade est très-satisfaisant : point de douleurs, fièvre nulle, ventre souple, appétit, urines claires, peu de mucosités. Le malade a pris des

forces ; il peut se lever sur son lit, ce qu'il ne faisait pas avant la lithotritie ; il parle, il est satisfait ; la face prend un meilleur aspect. — Quart, deux fois riz, tisane graine de lin. — Fatigué de rester dans son lit, le malade se lève quelques instans dans les journées des 27 et 28 Février. L'appétit continue point d'accident. Les urines contiennent toujours quelques débris calculeux.

1.er Mars. Quatrième séance. — Le malade peut être transporté dans la salle d'opération. La lithotritie n'est pas plus redoutable pour lui que le cathétérisme. La vessie contient une plus grande quantité de liquide. Plusieurs fragmens de petite dimension sont saisis et écrasés : deux marquent 4 lignes, le troisième marque 7 lignes, le quatrième, 6 lignes. Beaucoup de détritus dans la gouttière de l'instrument. — Le soir, demi-bain, dans lequel il rend plusieurs débris.

Le lendemain et jours suivans, l'amélioration continue à faire des progrès ; toutes les fonctions s'exécutent avec régularité. La fièvre a disparu, les douleurs hypogastriques ont cessé, l'émission des urines est facile, à moins qu'elle n'entraînent des fragmens qui obstruent le canal. — Quart, cotelette, riz, tisane graine de lin.

5 Mars. — Un fragment, entraîné par les urines, s'est arrêté à la fosse naviculaire. Un essai pour l'extraire étant infructueux, le malade est mis dans un bain, et le soir on parvient à le retirer ; ces essais sont suivis de quelques douleurs dans le gland. Les urines sont claires, ne contiennent presque pas de mucosités. Le malade a mis de l'embonpoint ; il se lève quelques heures dans la journée.

10 Mars. — Un fragment calculeux a été entraîné jusqu'à la fosse naviculaire ; son volume ayant rendu les tentatives d'extraction inutiles, M. Dieulafoy se détermine à faire la lithotritie dans le canal urétral : à cet effet, il emploi le petit lithotriteur à trois branches de Civiale, muni d'un foret. L'instrument est introduit ; le calcul, repoussé quelques pouces plus bas dans le canal, est assujetti au-dessous par un aide. L'étroitesse du canal empêchant le jeu de l'instrument, on fut obligé d'introduire dans la manœuvre une modification importante. Il arrivait, en effet, que le méat, rétréci, comprimant les branches du lithotriteur, empêchait leur dilatation inférieure. Pour rémédier

à cet inconvénient, le chirurgien eut soin, lorsque l'instrument fut arrivé sur le calcul, d'écarter les branches, puis de retirer en haut le foret, de manière à les écarter mécaniquement, et les maintenir dans un point constant d'écartement. Cette manœuvre eut un bon résultat: les branches saisirent le calcul; alors le foret est poussé en bas, les branches sont serrées sur le fragment, tandis que le foret agit sur lui, et le brise. Par ce moyen le calcul est broyé; les branches en contiennent le détritus, le reste est retiré au moyen de la curette. Cette lithotritie partielle du canal occasione quelques douleurs; mais elle est d'une grande ressource, car elle remédie à un des inconvéniens de la lithotritie, le passage de gros fragmens dans l'urètre et leur séjour dans le canal: complication qui n'est rien par elle-même, puisqu'on peut les broyer facilement et sans accidens.

13 Mars. — L'état général du malade n'a reçu aucune atteinte. L'appétit se conserve, le pouls a un peu de fréquence, le ventre est sans douleurs; quelques jours de diète arrêtent la fièvre. Le 16 Mars, le malade a repris de l'appétit; la face est colorée: l'amélioration est si considérable, que le malade est méconnaissable. Depuis quelques jours, il ne s'est présenté aucun fragment; les urines sont claires, limpides. Vers la région prostatique, il accuse une douleur passagère, qui fait retarder une nouvelle séance.

29 Mars. Cinquième séance. — La vessie peut contenir beaucoup de liquide sans éprouver de douleurs. Plusieurs fragmens sont saisis et broyés; ils marquent un léger écartement: deux marquent 6 lignes. Pour ne pas fatiguer le malade, les manœuvres ne sont pas trop prolongées: l'instrument est retiré; le détritus qu'il contient est considérable. Le calme du malade pendant l'opération est étonnant; n'éprouvant aucune douleur, il a du plaisir à suivre les mouvemens du lithotriteur, et à sentir le broiement des calculs: il parle et rit avec l'opérateur et les assistans. — Dans la soirée, demi-bain. — Un fragment est entraîné par les urines; on parvient à le retirer avec la palette: il marque 6 lignes en longueur. Le malade est très-bien: on augmente la quantité d'alimens.

2 Avril. — Un débris, entraîné par les urines, ne peut être extrait au moyen de pinces; on est obligé de le broyer dans l'intérieur du canal. La manœuvre que nous avons décrite précé-

demment est employée : le calcul est broyé, et retiré facilement.

3 Avril. — On a recours au même moyen pour un nouveau fragment, trop volumineux pour être extrait : dès qu'il est broyé, les urines l'entraînent au-dehors. Ces manœuvres occasionent quelques douleurs momentanées, qui sont calmées par un demi-bain. Le malade mange les 3|4 d'alimens depuis deux jours.

4 Avril. Sixième séance. — La vessie est distendue par l'injection du liquide. L'instrumeut est introduit, et porté dans les diverses parties de la vessie ; les fragmens deviennent rares. Cependant, en soulevant le bassin du malade, on en saisit plusieurs dans le bas-fond : le plus gros marque 7 lignes, deux autres, 6 lignes ; d'autres fois, l'instrument marque 2 à 3 lignes. Le détritus que renferment les branches est considérable. Le malade n'a accusé aucune douleur ; son embonpoint augmente. Le lendemain de la séance, les urines contiennent de petits débris calculeux.

5-7 Avril. — Deux fragmens sont broyés dans le canal au moyen des pinces de Hunter, munies du foret. — 3|4 d'alimens.

11 Avril. — Depuis quelques jours le malade n'a ressenti aucune douleur, et n'a rendu aucun fragment ; il dit être guéri. Les urines, limpides, abondantes, ne laissent aucun résidu au fond du vase. Cependant on procède à une nouvelle séance exploratrice.

Septième séance. — La vessie étant distendue par le liquide, l'instrument peut la parcourir dans toute son étendue ; elle est parfaitement libre ; seulement à droite, dans le bas-fond, on saisit un petit débris marquant 4 lignes : il est broyé. On ne peut en trouver d'autres, quelque soin que l'on mette dans les recherches. La santé du jeune homme est parfaite : il mange avec appétit, promène, travaille même pour ne pas s'ennuyer. L'émission des urines est libre ; pas la moindre douleur.

15 Avril. — Pour être bien certain de ne rien laisser dans la vessie, on procède à une nouvelle séance exploratrice. L'instrument, promené dans tous les sens, ne trouve absolument rien. Il est évident que le calcul est entièrement détruit ; la guérison est parfaite. Le rétablissement de ce jeune homme, qui, dans un état de marasme, accompagné de symptômes les plus alarmans, a subi une opération de lithotritie, est un fait d'une grande importance, et le succès le plus remarquable qu'ait produit ce mode opératoire.

DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

qui surviennent durant la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement,

PAR M. DUCLOS NEVEU.

PREMIÈRE PARTIE.

De tous les accidens qui peuvent survenir chez les femmes enceintes ou en travail d'enfant, il n'en est pas de plus dangereux que les hémorrhagies utérines, puisque dans quelques instans la mère et l'enfant peuvent périr.

Cependant les hémorrhagies utérines, quoique tenant à la même cause, n'ont pas toujours le même degré de gravité ; les suites n'en sont pas toujours également fâcheuses : c'est ce que nous allons établir dans ce travail, en exposant succintement la théorie des *pertes*, et en fixant toute notre attention sur les symptômes qui peuvent nous les faire reconnaître, et sur le traitement le mieux approprié à chacune d'elles ; car, traiter toutes les hémorrhagies de la même manière, par cela seul que le sang s'échappe dans tous les cas de la cavité de l'utérus, à la suite du dégreffement partiel ou total du placenta, ce serait commettre une erreur bien grave, et aux funestes conséquences de laquelle il serait trop souvent impossible de remédier.

Toutefois, nous ne prétendons pas dans ce mémoire indiquer aux praticiens des moyens nouveaux propres à combattre les hémorrhagies utérines, ni leur prescrire des règles de conduite différentes de celles qui se trouvent dans tous nos bons auteurs ; mais nous avons cru faire une chose utile à nos jeunes confrères en leur présentant ce tableau, fruit d'une longue expérience, et qui, nous l'espérons, pourra détruire le vague qu'ont pu laisser dans leur esprit des principes théoriques que pour eux l'expérience n'a pas encore sanctionnés.

En général, toute hémorrhagie utérine, survenant dans le commencement de la gestation, qu'elle ait été déterminée par une cause appréciable, ou non, est rarement mortelle. Si elle pouvait donner quelque inquiétude sur sa terminaison, ce ne serait que tout autant qu'elle durerait plusieurs jours, et que la femme serait d'une faible constitution. C'est seulement dans ces sortes de cas, que les principes d'Alphonse Leroy, peuvent être

admissibles; car, contrairement à lui, nous ne craignons pas de dire que les hémorrhagies qui surviennent dans les derniers temps de la grossesse sont bien plus à redouter, puisqu'elles exposent dans quelques instans deux individus à périr.

Toutefois, il est des hémorrhagies qui donnent au médecin l'espoir de les modérer, et quelquefois de les arrêter pour donner le temps à la nature d'expulser le fœtus, et d'opérer cette *ligature naturelle* qui ne s'obtient que par la contraction de l'utérus; mais il en est d'autres qui ne sont que le résultat de la distention du col et de l'orifice de la matrice opérée par la contraction elle-même; telle est, par exemple, la *perte inévitable*, qui devient dangereuse par le laps du temps que met la nature à opérer le premier travail, ou qu'elle est méconnue, ou mal traitée.

Les anciens ne croyaient pas que le placenta pût se greffer sur l'orifice utéro-vaginal, aussi bien que sur tout autre point de la surface intérieure de la matrice; mais aujourd'hui il n'est pas de médecin qui n'ait eu occasion d'en observer quelques cas, et qui ne soit convaincu que le placenta peut se greffer, centre pour centre, sur l'orifice, comme sur tout autre point de la cavité utérine. Dans ce cas, la grossesse arrivée vers le sixième ou septième mois, le développement du col utérin ayant lieu, les parties qui l'avoisinent se dilatent les unes et les autres de haut en bas, et nécessairement alors leur rapport doit cesser, c'est-à-dire, le rapport du placenta avec la matrice; de là, résulte la désunion du gâteau spongieux, par conséquent, la perte utérine, qui est plus ou moins abondante, et toujours en rapport avec l'étendue du dégreffement. Dans cet état de choses, les accidens sont en harmonie avec la dilatation des parties, le temps que peut durer le travail, et la manière dont le placenta se trouve greffé sur l'orifice utérin. Centre pour centre, la désunion ayant lieu du milieu vers la circonférence, le sang coule plus abondamment, et l'hémorrhagie est plus dangereuse que lorsque le placenta n'est en contact avec cette ouverture que par l'un de ses bords. Dans l'un et l'autre cas, il est impossible de supposer que le placenta puisse rester adhérent sur tous les points jusqu'au terme de la grossesse; inévitablement, la femme doit éprouver une perte.

De cette théorie découle cette division, que les accoucheurs

font des hémorrhagies en *accidentelles* et en *inévitables*. Quoique ces deux espèces de pertes aient entre elles quelques traits de ressemblance, il s'en faut qu'elles se terminent de la même manière. Les premieres, traitées par le repos, les réfrigérans, les astringens, etc., se modèrent, s'arrêtent souvent, et l'accouchement n'est nullement dérangé; tandis que les secondes, traitées par tous les moyens hygiéniques et médicaux, sont difficiles, pour ne pas dire impossibles, à arrêter ou à modérer, si ce n'est par l'extraction de l'enfant. En supposant que toute autre médication, à part l'accouchement forcé, pût avoir quelque effet, cet effet ne saurait être que momentané; car le placenta se trouvant toujours dans les mêmes conditions, aussitôt que les forces de la malade renaîtront, le travail de l'accouchement recommencera, et l'hémorrhagie reparaîtra avec la même énergie, ou, pour mieux dire, augmentera à mesure de la dilatation plus grande du col, et entraînera promptement la mort de la femme, si l'art ne vient pas au secours de la nature défaillante.

Le molimen hémorragique ne viendrait-t-il pas, dans le plus grand nombre des pertes utérines, de l'implantation du placenta plus ou moins rapprochée de l'orifice de la matrice? Plusieurs auteurs inclinent à cette opinion, et les observations tirées de notre propre pratique lui donnent une nouvelle force. Presque toutes les fois que nous avons été appelé auprès des femmes grosses ou en travail d'enfant, atteintes de pertes dont on ne pouvait assigner d'abord aucune cause, nous avons trouvé le placenta, tantôt arrivant par son bord à l'orifice de la matrice, tantôt peu éloigné de cette ouverture.

C'est une chose bien digne de remarque, que les anciens ne nous aient rien dit de cette cause des pertes utérines : il faut arriver à Smellie et à Levret pour trouver quelque chose de positif sur cette matière; car, avant eux, les auteurs qui en avaient parlé pensaient, pour la plupart, que le placenta ne se présentait à l'orifice de la matrice qu'après s'être détaché de tout autre point de sa cavité; et les autres se sont si peu expliqués, qu'on ne saurait affirmer qu'ils admissent le greffement au pourtour de l'orifice utérin. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire les ouvrages de de la Mothe, de Dionis, de Deventer, de Paul, de Portal, etc.

Parmi les accoucheurs modernes, il n'en est pas un qui ne

parle des hémorrhagies inévitables : tous en reconnaissent la gravité, et en établissent le traitement. C'est parce qu'on était persuadé que le placenta ne se trouvait à l'orifice de la matrice qu'après y être tombé par son propre poids, et après la culbute du fœtus, que cette partie de la doctrine des pertes a resté si long-temps en arrière; et ce qui peut avoir contribué à faire rester la science stationnaire sur ce point, c'est le dégreffement complet du placenta au pourtour de l'orifice, après un travail prompt, et son expulsion avant la sortie du fœtus, comme nous avons été à même de l'observer chez une femme grosse de six mois, et chez une autre enceinte de sept mois et quelques jours. Dans l'un et l'autre cas, le travail se fit en quelques instans, et l'hémorrhagie aurait bieutôt compromis la vie des malades, si l'accouchement n'avait été promptement terminé, chez la première, par la version de l'enfant; chez l'autre, par les efforts de la nature : le placenta avait été expulsé avant le fœtus. C'est de là, nous le répétons, que vient l'erreur des anciens, et c'est à ces sortes de pertes qu'il faut rapporter la mort du plus grand nombre des femmes qui périssent d'hémorrhagie avant l'accouchement.

L'examen seul du cadavre des femmes qui avaient succombé avant l'accouchement pouvait faire abandonner la théorie des anciens ; car, pour des symptômes, il n'en existe pas, à proprement parler, avant que la perte se déclare; et quand elle a lieu, le toucher peut lui aussi être infidèle, surtout si l'orifice est dilaté, et que le sang se soit coagulé en caillots. C'est aux jeunes praticiens à bien se rappeler qu'il est peu de pertes chez les femmes grosses de six à sept mois et au-delà, qui ne tiennent au détachement du placenta des environs de l'orifice utéro-vaginal. La pratique vient justifier cette opinion.

Pour expliquer ces sortes de pertes, il suffit d'avoir égard au développement de la matrice et particulièrement du col. Le placenta est-il centre pour centre sur cette ouverture, la perte doit se déclarer vers le sixième ou septième mois ; n'arrive-t-il que par son bord à la partie supérieure du col, la femme parvient au terme de la gestation ; mais dès le commencement du travail, l'écoulement sanguin paraît, et si le placenta n'arrive par le bord qu'aux environs de l'orifice utérin, alors ce n'est que lorsque cette ouverture est arrivée à un certain degré de dila-

tation que le dégreffement a lieu, que l'hémorrhagie commence, et continue jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé, ou que la tête agisse assez fortement sur le pourtour de l'orifice, pour l'arrêter par la compression. C'est dans des cas pareils qu'il ne faut pas chanceler dans le traitement à employer, car on aurait quelquefois à se repentir d'avoir par trop compté sur les secours de la nature. C'est pour se tirer avec succès des difficultés d'une telle position, que le jeune praticien ne doit pas oublier, que si les pertes tiennent toutes au dégreffement du placenta, le traitement ne saurait être le même, sans danger pour la vie de la femme et de l'enfant. L'une de ces pertes, *l'inévitable*, ne s'arrêtera que par l'accouchement; l'autre, *accidentelle*, pourra être arrêtée ou modérée par d'autres moyens.

Non-seulement il est essentiel de diviser les hémorrhagies ainsi que nous venons de le faire, mais il faut avoir égard au terme de la grossesse, où elles se déclarent. Elles sont d'autant plus dangereuses, qu'elles sont plus rapprochées du terme de la gestation, et d'autant moins à craindre, qu'elles ont lieu plus près du moment de la conception. Alphonse Leroy prétendait le contraire, nous le savons; mais l'expérience confirme notre manière de voir.

On peut partager la grossesse en trois périodes de trois mois chacune, et en estimant le danger des pertes ayant lieu à l'une ou à l'autre de ces époques, l'on peut dire, sans craindre de se tromper, que, dans la première période, les pertes utérines sont rarement très-préjudiciables à la femme; que, dans la seconde, le danger augmente en raison de la plus grande quantité de sang perdu; et qu'enfin, dans la troisième période, c'est-à-dire à partir du septième mois, la matrice devenant de jour en jour plus spacieuse, les vaisseaux plus dilatés, l'hémorrhagie peut être funeste en quelques instans, et à la mère, et à l'enfant. Dans les deux premières périodes, la main ne saurait être introduite dans la cavité de l'utérus pour y opérer la version de l'enfant. C'est donc presque entièrement à la nature qu'il faut confier alors le soin de l'accouchement; il y aurait inconvénient à agir autrement.

Tous les auteurs ne donnent pas ce précepte, et quelques-uns même enseignent le contraire; mais le succès n'a pas répondu à l'attente, quand ils ont voulu faire l'application de leur principe. Ainsi, Smellie, appelé auprès d'une femme enceinte de six

mois et atteinte d'une hémorrhagie, voulut terminer l'accouchement; il ne put y réussir, et fut obligé, pour pouvoir introduire la main dans l'utérus avec la plus grande peine, d'attendre que la nature eût elle-même dilaté le col; il ne raconte pas, du reste, quelles furent les suites de ses manœuvres. Leroux, de Dijon, voulant opérer un accouchement de cinq mois de gestation, à cause d'une hémorrhagie inquiétante, ne put pas introduire la main dans la matrice, et fut obligé d'abandonner le travail aux efforts de la nature.

Avant le septième mois, toute manœuvre ayant pour but d'introduire la main dans la cavité de la matrice, nous paraît dangereuse et inutile. Moriceau et Deventer font un précepte d'extraire le produit de la conception; Levret a même imaginé un instrument pour cela; mais, nous le répétons, pourquoi tourmenterait-t-on, par des manœuvres douloureuses, un organe qui se débarrassera de lui-même, sans que la perte qui accompagne le travail puisse devenir funeste? C'est un fait d'observation pour nous, que dans les deux premières périodes de la grossesse, les pertes, en général, réclament peu de soin de la part du médecin, et que le produit de la conception est presque toujours expulsé naturellement après une forte perte utérine.

Il n'est pas de femme grosse qui ne puisse être atteinte d'hémorrhagie utérine à quelque époque que ce soit de la gestation, et le danger est d'autant plus grand, que cette hémorrhagie a lieu plus près du moment de l'accouchement ou pendant le travail de l'enfantement, et qu'elle est accidentelle ou inévitable.

Voici comment on peut distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de pertes :

La perte *inévitable* arrive ordinairement sans cause connue; quelques gouttes de sang tachent d'abord le linge de la femme : l'écoulement sanguin est peu considérable si le décollement du placenta a lieu peu à peu; mais elle devient abondante si le dégreffement s'opère rapidement. L'hémorrhagie est en rapport avec la dilation du col; et si les membranes sont intactes, l'on observe que pendant la douleur l'écoulement augmente: caractère essentiel à noter. A ces symptômes, il faut joindre la pratique du toucher, qui achèvera d'éclairer le diagnostic en faisant reconnaître l'état du col et la présence du placenta à son orifice.

Quand à la perte *accidentelle*, l'appréciation de la cause suffit pour la faire reconnaître: une chute, une secousse a-t-elle été assez forte pour rompre l'union du placenta et de la matrice, le sang ne tarde pas à couler au-dehors, avec d'autant plus d'abondance, que le décollement est plus grand. La matrice se contracte-t-elle, le sang s'arrête pendant son action, et coule quand la douleur a cessé; caractère différentiel de la plus haute importance, et qui seul peut faire adopter le traitement convenable.

Mais chez une femme grosse ou en mal d'enfant, le sang, au lieu de s'écouler au-dehors, peut se répandre, et rester dans la cavité de la matrice: de là, la subdivision qu'il importe d'admettre dans la classification des pertes, en pertes *apparentes* et en pertes *cachées*. Nous venons de parler des premieres, disons un mot des secondes.

Comme la perte apparente, la perte cachée provient du dégreffement plus ou moins complet du placenta; mais le danger qu'elle fait courir à la femme est plus considérable, en ce sens qu'on ne la reconnaît quelquefois que l'orsqu'il n'est plus temps d'y porter remède. Une fille, âgée de 22 ans, forte et bien constituée, grosse pour la première fois de huit mois environ, revenait de laver et portait sur sa tête une corbeille remplie de linge. En rentrant chez elle, elle se plaignit de douleurs dans les reins, de faiblesse dans les jambes, et tomba en syneope. Les personnes qui l'entouraient, effrayées de son état, se hâtèrent de la transporter à la Maternité, où elle arriva pâle, décolorée, sans pouls, et mourut quelques instans après. Nous ne pûmes attribuer cette mort foudroyante qu'à une perte cachée; le grand développement du ventre nous confirmait dans notre diagnostic. Dans l'intérêt de l'enfant, mais inutilement, l'opération césarienne fut sur-le-champ pratiquée. La poche amniotique était libre de sang; le placenta faisait saillie au fond de cette cavité. A peine eûmes-nous déchiré les membranes tout près du bord du placenta, que le sang s'écoula en grande quantité dans l'abdomen; ce sang était en partie liquide, en partie coagulé. Le placenta était complètement détaché du fond de la matrice; mais ses bords étaient si adhérens dans une largeur de deux travers de doigts environ, que nous ne pûmes les séparer de la matrice qu'en les déchirant. C'était dans cette po-

che artificielle que s'était opérée l'hémorrhagie qui avait entraîné la mort de la femme.

C'est ainsi que la perte cachée a lieu le plus souvent. Le placenta se détache dans son centre, et reste adhérent sur ses bords. Il est facile de concevoir alors comment l'hémorrhagie est toute intérieure; mais quelquefois la perte est cachée, parce que la tête de l'enfant comprime assez fortement l'orifice de la matrice dans lequel elle est engagée, pour que tout écoulement de liquide sanguin soit impossible. Dans d'autres cas, de la Mothe, Levret et Bandelocque, en citent des exemples : la perte cachée est le résultat du déchirement du cordon ombilical. Dans ces circonstances, l'épanchement se fait dans la cavité de l'amnios, et donne lieu aux mêmes phénomènes et aux mêmes résulats.

La perte cachée a, dans quelques cas, une marche très-rapide : nous venons d'en citer un exemple ; mais dans quelques cas aussi elle va plus lentement. Les femmes se plaignent de malaise, de lassitude, de fatigue; la tête est lourde, les yeux deviennent tristes et caves, la fâce palit, l'appétit se perd, le sommeil n'est plus réparateur; des douleurs sourdes et profondes, ne ressemblant en rien aux douleurs qui précèdent l'enfantement, se font sentir dans les reins ; le ventre prend un développement rapide et insolite, de légères et courtes syncopes arrivent, etc.; et puis tout-à-coup la face se décompose, et la mort, précédée d'une rapide agonie, enlève sa victime. Heureux le médecin qui ne s'est pas abandonné à une fâcheuse sécurité, et qui n'a pas négligé pendant qu'il en était temps encore, les moyens de sauver sa malade!

Une femme jeune, bien constituée, jouissant d'une parfaite santé, grosse pour la troisième fois, éprouva, sans cause connue, des lassitudes, de la fatigue dans les jambes, des douleurs sourdes dans les reins; le ventre se développa considérablement. Son médecin ordinaire, consulté, prescrivit la diète et le repos. Après trois jours, aucun soulagement n'étant venu rassurer la malade, elle désira une consultation. Nous fûmes appelé ainsi qu'un autre de nos collègues. Nous annonçâmes une perte *cachée* dont les suites nous paraissaient devoir être funestes. Notre avis ne fut pas écouté, et l'on décida que tout ce qu'éprouvait la malade n'était que le prodrome d'un accouchement prochain. Le repos et quelques antispasmodiques furent conseillées; mais

le soir, quelques heures seulement après la consultation, la malade mourut. Le lendemain, au moment où l'on plaçait le cadavre dans la bière, une grande perte eut lieu par le vagin. Malheureusement notre diagnostic et notre prognostic s'étaient vérifiés, et les médecins qui avaient repoussé l'opinion de leur confrère, peut-être par ce qu'il était jeune alors, durent éprouver de vifs regrets d'avoir inspiré leur sécurité à une famille si cruellement trompée dans ses espérances.

Il nous serait facile de citer un grand nombre d'observations : celles que nous avons rapportées suffisent pour prouver que, lorsque la perte cachée s'opère rapidement, le médecin a à peine le temps de reconnaître la maladie, que la malade est déjà morte; ce n'est que lorsque l'hémorrhagie se fait lentement, que le médecin peut tirer de son diagnostic les élémens qui doivent le diriger dans le traitement d'une affection si souvent mortelle.

Le symptôme le plus apparent de la perte cachée, est certainement le développement du ventre. On pourrait, il est vrai, être induit en erreur par ce seul caractère, car, ainsi que le raconte le professeur Baudelocque, la matrice peut être distendue par des gaz provenant de la décomposition putride d'un fœtus. Mais toutes les fois qu'avec le développement du ventre l'on observera la pâleur de la face, la faiblesse du corps, le tintement d'oreilles, la petitesse du pouls, les syncopes, les douleurs sourdes et profondes dans les reins, la faiblesse des contractions utérines, si le travail de la parturition est commencé, l'on sera en droit de diagnostiquer une perte cachée.

Telles sont les différentes hémorrhagies qui peuvent survenir chez la femme grosse ou en travail d'enfant ; les unes, promptes, rapides, apparentes ou cachées, auxquelles on ne peut porter quelquefois aucun remède; les autres, allant avec moins de rapidité, se faisant reconnaître par des symptômes faciles à saisir, et dont on peut triompher dans quelques cas heureux.

L'accoucheur appelé auprès d'une femme atteinte de perte apparente ou cachée, inévitable ou accidentelle, devra apprécier d'abord les forces de la malade, son tempérament, et la valeur des symptômes qu'elle présente, ainsi que la quantité de sang perdu ou qu'elle perd encore, et procéder ensuite, sans retard, à l'emploi des moyens que nous exposerons dans la seconde partie de ce mémoire.

CLINIQUE DES HOPITAUX,

SERVICE DE M. ROALDÈS.

Suite du Compte-Rendu des maladies qu'il a observées dans les salles des fiévreux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse durant les huit derniers mois de l'année 1836.

FIÈVRES TYPHOÏDES.

Quelque expérience qu'il ait acquise auprès du lit du malade, quelle confiance qu'il ait dans les préceptes de ses maîtres, et quelle que soit pour lui l'autorité des grands praticiens qui, comme autant de flambeaux, éclairent sa pratique de la leur, un médecin consciencieux aborde toujours avec crainte certaines affections, particulièrement celles qui, graves par essence, frappent l'organisme dans son entier, sans affecter plus spécialement aucun de ses organes, et de ce nombre sont pour moi les fièvres typhoïdes. Mais avec combien plus de crainte, ne les aborde-t-il pas, si des médecins justement célèbres, ceux qu'il estime comme les législateurs de la science, viennent, dans leurs lumineuses discussions, mettre tout en question, la nature, le siége et la thérapeutique de ces maladies, et lui offrir presque autant d'opinions et de traitemens, qu'il s'est donné de guides. Oh ! certes, alors pour lui le découragement est grand ; ses opinions, dans lesquelles jusque-là il avait eu confiance, pâlissent par leur opposition à celles de noms déjà illustrés. Il désire, il cherche une nouvelle conviction ; mais, où la puiser? quelle méthode adopter, qui ne soit repoussée par des praticiens recommendables ; et, si même il se décide pour une théorie, pour un traitement nouveau, aurait-il la hardiesse qui décide les succès du maître, et sa timidité ne le fera-t-il pas rester souvent en-deçà du précepte? Aura-t-il la témérité de M. Bouillaud, la ténacité de M. Delaroque, la conviction du nouveau réformateur, pour atteindre, par des voies différentes, le but désiré de tous, la guérison ? Mais est-ce assez de difficultés, et les sujets soumis à ses soins par la diversité de leur constitution, et les modifications infinies quelle imprime aux phénomènes consécutifs d'un agent délétère, ne viendront-t-ils pas ajouter à la difficulté de sa position ? Telle était la mienne auprès des dix-

neuf malades atteints de fièvres typhoïdes, entrés dans le service. aussi plus d'une fois ai-je partagé l'embarras de Serane le père, et ai-je été tenté d'adresser aux écrivains de l'époque ces mots cités par Bordeu, et que Serane adressait avec candeur à son fils : *m'abets gastat.*

Cependant, forcé d'agir, considérant, d'une part, la classe de la société à laquelle appartenaient mes malades, et de l'autre, le génie de la constitution régnante; tenant compte des opinions proclamées dans les débats de l'Académie, les succès comparés des diverses méthodes, j'obtai, en thèse générale, pour celle de M. de Laroque, et fis des évacuans la base de mon traitement, me tenant prêt à remplir les indications qui pourraient reclamer des mdications spéciales, tout disposé, du reste, à abandonner ces modes de traitement, s'ils ne répondaient pas à mon attente.

J'ai dit que nous avions tenu compte de la constitution régnante éminemment bilieuse. En effet, toutes les fièvres typhoïdes que j'ai eues à traiter portaient ce cachet; elles se présentaient à notre observation comme autant de fièvres bilieuses intenses, compliquées de symptômes prononcés d'ataxie et d'adynamie, avec prédominance de ces derniers. Leur type a été rémittent avec paroxysme nocturne journalier, sous forme double-tierce. Celle-ci, dans le plus grand nombre des cas, était même tellement inhérente à la maladie, qu'elle fut la dernière à se dissiper, et que plusieurs de ces fièvres se terminèrent par de véritables accès de fièvres intermittentes, que je fus obligé de combattre avec le sulfate de quinine.

Leurs causes m'ont paru variables; on n'a pu les rapporter à aucune circonstance qui fût, soit constante, soit évidente. Celles dites débilitantes n'ont pas eu une part plus active à leur production. Chez presque tous les malades, les phénomènes ataxo-adynamiques ont succédé à des phénomènes réactionnels violens; en sorte qu'on eût dit qu'ils étaient la conséquence des efforts impuissans, que le principe vital avait fait en réagissant contre le principe morbide.

Quant à son histoire, nous aimons mieux transcrire quelques observations tirées de notre journal, que d'en exposer les symptômes; ce sera le moyen d'éviter les répétitions.

I.re OBSERVATION. — FIÈVRE RÉMITTENTE CONTINUE TYPHOÏDE, DEVENUE INTERMITTENTE.

Plantade (Jean), né à Malause (Tarn-et-Garonne), âgé de 21 ans, boucher, entra le 5 Septembre 1836. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution robuste, jouissait habituellement d'une santé parfaite. Après quelques prodromes, il éprouva un frisson, suivi de fièvres, qui le força à s'aliter le 22 Août.

Depuis cette époque jusqu'au 5 Septembre, jour de son entrée, il n'a cessé, nous dit-on, de conserver la fièvre avec redoublement quotidien, qui, s'établissant le soir, se prolongeait jusqu'au lendemain matin. Chacun de ceux-ci s'accompagnaient d'une céphalalgie violente, d'éblouissemens, de vertige, d'une faiblesse extrême, de l'altération des traits, d'un affaiblissement croissant des perceptions, et, en dernier lieu, du délire. Deux épistaxis à quatre jours d'intervale s'étaient produits. Un médecin avait prescrit et fait prendre un vomitif et deux purgatifs.

Le lundi 5 Septembre, il s'offrit à moi dans l'état suivant : décubitus en supination, prostration extrême, facies apathique, regard peignant l'indifférence et la stupeur, sens obtus, réponses justes, mais tardives, incomplètes ou nulles; yeux chassieux à demi-fermés, paupières plissées, pommettes saillantes, joues creuses, lèvres rétractées, amincies, laissant à nu les deux bords libres des arcades dentaires; nez effilé, langue aride et bronzée dans son centre, limoneuse, gluante sur ses bords; soif vive et permanente, air expiré très-chaud, respiration lente, inégale, parfois haute et suspirieuse; pouls très-lent, déprimé, intermittent; 44 *pulsations*; peau sèche, médiocrement chaude; abdomen arrondi, météorisé, un peu sensible à la pression, surtout sur le trajet de la première portion du colon et sur le cœcum, où il existe un gargouillement prononcé; urine rouge, rare et fétide; taches lenticulaires sublivescentes sur la peau qui recouvre l'hypochondre droit et la base de la poitrine. Dans son ensemble, la prostration et la langueur de toutes les fonctions forment le caractère dominant de cette affection. — *Illico* 20 sangsues à l'anus (elles sont très-petites); eau gommée et acidulée pour boisson; diète absolue.

Le 6, les sangsues ont donné beaucoup ; la nuit s'est passée dans un coma somnolentum, souvent interrompu par l'agitation, des rêvasseries, et des efforts pour quitter le lit. — Vers le matin, rémission sensible, principalement sous le rapport du météorisme, de la sécheresse de la langue, et du trouble des perceptions. Le ventre étant serré, un minoratif est administré. On prescrit un clystère pour le soir, et 20 sangsues sur l'abdomen, encore sensible à la pression.

Visite du soir. — Trois évacuations sans coliques. La langue n'est plus sèche ; les sangsues ont beaucoup coulé, et attenué les douleurs d'entrailles. La stupeur diminue ; il dort par intervalles : l'espérance renaît ; la fièvre et la chaleur se calment. Durant la journée, le pouls, quelque forte que soit la chaleur cutanée, ne dépasse pas 80 *pulsations*. Les taches typhoïdes persistent.

Le 7, de six heures du soir à quatre heures du matin, tous les phénomènes morbides ont acquis une intensité nouvelle ; un paroxysme, bien plus appréciable par la chaleur que par l'état du pouls, à peine fréquent, régulier, mais dépressible, amène le délire avec agitation extrême. Sécheresse de la langue, météorisme, dépression des traits, et coma. Les taches typhoïdes sont plus livides et plus nombreuses.

7 *heures du matin.* — La rémisson est encore plus complète que la veille ; le pouls redescend à 48 *pulsations*. La connaissance est parfaite, la faiblesse plus prononcée, la langue moins sèche ; le météorisme se dissipe, les urines coulent ; une légère sueur baigne le front et les bras.

Dès ce jour, il fut évident que la fièvre, de rémittente, tendait à devenir intermittente, ou, en d'autres termes, que l'état du malade, au temps des paroxysmes près, s'améliorait ; qu'en revanche, ces derniers augmentaient de gravité et faisaient éclore les symptômes les plus redoutables. Dès-lors, je n'ésitai pas à employer le sulfate de quinine, à la dose de 15 grains, avant et après l'accès du 7, pour prévenir celui du 8.

Visite du soir. — Dès quatre heures, l'accès s'est prononcé ; il paraît devoir être violent. Déjà la tête s'embarrasse, la langue se sèche ; le malade s'agitte et se découvre. — Sinapismes aux extrémités inférieures.

8, *visite du matin.* — Le pouls, dans l'accès précédent, a

été plus fréquent : 90 *pulsations* ; la chaleur plus vive ; il y a eu peu de délire, et point de coma ; le ventre ne s'est point météorisé ; le malade a beaucoup bu. Ce matin, la peau est humide ; il a sué abondamment ; le pouls a 55 *pulsations* régulières. Le malade n'accuse qu'une extrême faiblesse. Les taches typhoïdes pâlissent. — Mêmes prescriptions.

Visite du soir. — Plantade a été calme durant la journée. La langue est humide, l'abdomen déprimé. Il a faim. Le paroxysme n'a pas encore paru à 6 heures.

9. — L'accès ne s'est montré qu'à 9 heures hier, et s'est terminé à 2 par sueur. Le malade se plaint de constipation. Son pouls est moins lent : 60 *pulsations*. — Deux bouillons, tisane d'orge, 9 grains sulfate de quinine, lavemens émolliens.

Visite du soir. — Le calme persiste. Les lavemens n'ont rien produit.

10. — Léger paroxysme durant la nuit. Les taches typhoïdes pâlissent.

Le matin. — État satisfaisant : il demande avec instance des alimens. Soupe, 1|2 ration de riz.

Le 11, point d'accès durant la nuit, bien-être croissant, retour des forces ; le ventre est un peu arrondi et pâteux ; les lavemens sans effet, les urines rares, bien que les sueurs soient nulles. On accorde à regret le 1|2 quart de la ration, aux instantes prières du malade. Tisane de pariétaire et de chiendent nitrée pour le lendemain matin, deux verres petit-lait, avec crême de tartre, 6 gros ; 6 grains sulfate de quinine.

Le 12, l'amélioration est croissante : le malade promène dans la salle ; les taches ont disparu.

Du 13 au 18, le malade reste à ce régime : son rétablissement est lent ; il se sent lourd ; le ventre est ondulent sans fluctuation.

Le 19, nous le trouvons abattu à la visite du matin : il nous dit avoir eu la fièvre la nuit, il en conserve encore un peu. Plantade s'était gorgé de fruits venus du dehors. — Diète, tisane de pariétaire et de chiendent nitrée.

Le 20, le ventre s'est accru et un peu météorisé ; il est même très-sensible ; la fièvre persiste ; 75 *pulsations*. Sa figure est souffrante, sa langue moins humide. — Diète, deux crêmes de riz, même tisane.

Le 21, même état ; quelques douleurs intestinales, constipation. — Deux lavemens; même prescription.

Le 22, le ventre s'est affaissé à l'occasion de quelques selles liquides; la fièvre cède : tout rentre dans l'état normal.

Le 23, même état jusqu'au 24, époque à laquelle le ventre restant exhubérant en l'absence de toute douleur, on prescrit la décoction de quinquina, qui, avec un régime restaurant et léger, le mirent à même de sortir le 2 Octobre. Toutefois, le malade s'étant procuré des fruits et autres alimens, éprouva, le jeudi 28, un léger mouvement fébrile avec intumescence et douleur du ventre; accident passager qui céda à une diète de quelques jours, le pouls restant lent : 65 *pulsations*.

2.e OBSERVATION. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

Piquemal (Louis), de Massat (Ariége), âgé de 65 ans, entré le 27 Septembre, mort le 4 Octobre à onze heures et demie de la nuit.

Ce vieillard, de haute stature, d'une constitution profondément altérée par le travail et la misère, accuse plus de huit jours de maladie, durant lesquels il n'a pu rien prendre que quelques verres de boisson. Ses jambes, agitées de tremblemens adynamiques, plient sous le poids de son corps. C'est appuyé sur sa femme et sa fille, qu'il se traîne jusqu'à la porte de l'Hôpital, où le peu de forces qui lui restent lui suffisent à peine pour se tenir assis. Son facies est vraiment adynamique, ses yeux chassieux et sans expression, ses joues rentrées, ses lèvres couvertes d'efflorescence brunâtre, sa coloration d'un jaune plombé, sa mâchoire inférieure, et ses mains agittées de tremblemens. La chaleur âcre de la peau, la fréquence, la dépressibilité et l'intermittence du pouls ; les douleurs contusives des membres et du tronc qu'il dit ressentir, le poids incommode qu'il rapporte au creux de l'estomac, emportent à le considérer comme dans un très-grand danger, et me déterminèrent à rentrer dans la salle pour hâter la préparation de son lit. Quand il y fut rendu, il me dit éprouver une odeur et un goût insupportable à la bouche : sa langue, couverte d'un enduit épais, d'un blanc sale, et fendillée, laisse voir au-desous d'elle une teinte lilas ; la soif est inextinguible. Quelque pressante que me parût l'indication d'un vomitif, j'en remis

l'administration au lendemain, et lui fis donner en abondance des boissons acidulées.

28 *Septembre.* — La nuit s'est passée dans une agitation extrême et dans un état de rêvasserie constante. Ce matin, bien qu'il existe de la rémission, la chaleur est âcre et vive, la soif persiste et la prostration s'est accrue. Le pouls est fréquent, vide, et souvent intermittent. On constate sur la partie antérieure du tronc, un pointillé pétéchial, discret. — Prescription : diète, limonade pour boisson; *illico*, potion saline du docteur Franck, avec 2 grains tartre stibié, prise en trois doses et à une demi-heure d'intervalle.

Visite du soir. — Ce malade a rendu des flots de matières jaunes et comme huileuses; il a eu trois garde-robes copieuses. Il éprouve du mieux : sa figure, en effet, a repris un peu de vie; le regard est plus assuré, et tous les autres symptômes se sont sensiblement amendés.

29, *visite du matin.* — La nuit a été calme, mais sans sommeil : ce matin il est pour lui et pour moi dans un état plus satisfaisant. Le facies surtout, où se peignent si fidèlement les désordres intérieurs, et spécialement ceux qui réagissent sur l'arbre *cérébro-spinal*, me permet de le considérer comme mieux. Aujourd'hui on espère. — Prescription : diète, limonade pour boisson; *illico*, potion saline simple.

2 *heures après midi.* — L'état général est plus satisfaisant : la langue conserve les mêmes caractères, l'altération est médiocre, les forces un peu moins déprimées; le pouls, toujours fréquent et mou, offre moins d'intermittence.

7 *heures du soir.* — Paroxysme nouveau : il augmente la chaleur, l'altération et le malaise; il émousse les perceptions, déprime les forces. Frappé d'une odeur urineuse, je constatai l'émission involontaire des urines.

30 *Septembre, visite du matin.* — La nuit a été mauvaise : le malade n'a cessé de boire, de s'agiter et de rêvasser. Sa figure porte l'empreinte d'un grand désordre; le pouls, tout en conservant de la fréquence et quelques intermittences, est plus voisin de l'état normal; il est surtout un peu plus plein. La langue est lisse, nette, et de couleur lilas; la prostration est toujours le symptôme dominant. Il se plaint de la tête, et ressemble assez bien à un homme qui lutte contre le sommeil.

Les taches pétéchiales sont plus larges et plus violacées; il en paraît quelques-unes sur les membres. Il s'exhale de son corps et de son lit une odeur prononcée de souris. — Diète, deux crêmes de riz claires, tisane d'orge; d'abord, potion saline avec 2 grains tartre stibié.

Visite du soir. — Trois vomissemens, réaction fébrile le soir.

1.er *Octobre.* — La nuit n'a pas été meilleure; le malade s'est plaint et s'est agité; un assoupissement profond avec rêvasserie a tenu lieu de sommeil : il ne peut rendre compte de ce qui s'est paseé. La prostration est plus prononcée, les perceptions plus obtuses; la langue tend à se dessécher, le pouls devient de plus en plus irrégulier, mou, et dépressible; les pétéchies envahissent tout le corps, leur couleur est violacée. — Diète, deux bouillons coupés, deux lavemens, potion saline simple.

Visite du soir. — La prostration est extrême; l'odeur de souris très-prononcé, bien que son lit soit nouvellement changé. Le nombre des pétéchies, et leur nuance plombée, donne à tout son corps une couleur marbrée de bleu. Le pouls est misérable, les sens très-obtus, l'œil terne, la langue sèche et embarrarsée; il la rentre souvent voulant la faire saillir; stupeur et somnolence. — Diète; toutes les deux heures 8 gros de quinquina, 2 grains camphre; lavemens laxatifs.

28 *Octobre, visite du matin.* — Durant la nuit, l'assoupissement n'a pas cessé : Piquemal s'est plaint constamment. Le lavement administré hier au soir a provoqué des évacuations abondantes, et amène l'affaissement du ventre, jusque-là météorisé. La langue est sèche et brune, les dents fuligineuses, les yeux ternes, la conjonctive échimosée, les sensations presque éteintes : aberration dans les paroles; l'assoupissement persiste sans être profond; bien ou mal, il répond à toutes les questions qu'on lui adresse; il a beaucoup de peine à montrer sa langue. Le pouls, encore très-variable, a acquis un peu de force; les pétéchies ont pâli; il n'éprouve aucun besoin, et retombe dans l'assoupissement dès qu'on l'abandonne à lui-même. — Prescription : vésicatoires aux jambes, lavemens purgatifs; toutes les trois heures, quinquina en poudre, 1 gros; camphre, 2 grains; limonade pour boisson.

3 *heures du soir.* — Le pouls a acquis de la fréquence et de la plénitude; il est moins irrégulier; la chaleur est plus

vive, les pétéchies d'une teinte plus violacée; le ventre arrondi, météorisé, est sensible à la pression, surtout dans la région cœcale, où elle fait naître du gargouillement.

8 *heures, visite du soir.* — La langue est moins sèche, la réaction fébrile moins vive; il y a eu d'abondantes évacuations. Odeur de souris moindre; les pétéchies arrivent pendant l'exacerbation fébrile. Le malade sent la douleur des vésicatoires; il reste cependant toujours prostré, immobile et assoupi. — *Idem* pour tout.

3 *Octobre.* — La nuit s'est passée dans un assoupissement constant dont on a pu difficilement le retirer. Ce matin, le malade est couché sur le dos, la tête renversée en arrière, la bouche largement ouverte; les traits, comme tout son corps, sont immobiles; sa respiration lente et bruyante; ses traits nous paraissent moins altérés, sa langue sèche, mais moins brune: il répond assez bien aux questions. Point de toux, point de râle, en avant du moins; l'épigastre et l'abdomen sont moins sensibles qu'hier, bien que sa figure se grippe, et qu'il se plaigne toutes les fois qu'on le presse; même odeur de souris; les pétéchies ont pâli, le pouls fuit sous le doigt, mais bat avec régularité; les vésicatoires ont détaché l'épiderme, mais sans faire cloche; la chaleur est bonne et uniforme. — Prescription: diète, deux vésicatoires aux cuisses; *idem* pour le reste.

2 *heures et* 8 *heures du soir.* — Nous n'apercevons pas de changement appréciable.

4 *Octobre.* — Le malade fait toutes ses fonctions sous lui; l'odeur de souris qu'il exhale est suffocante; le facies livide. Le malade est moins assoupi; il parle mieux. La langue n'est point sèche; elle a perdu sa coloration brune. Les pétéchies persistent, le ventre est moins douloureux et moins météorisé, la prostration moindre, la faiblesse plus réelle, le pouls filiforme, régulier, extrêmement dépressible. Le malade me paraît plus mal, et je puise cette conviction, 1.° dans l'état du pouls; 2.° dans l'état des forces, qui me paraissent aujourd'hui plus perdues qu'opprimées; 3.° enfin, dans la couleur violacée du facies. — Diète, eau vineuse pour boisson. Toutes les trois heures, 3 onces décoction de quinquina; camphre, 2 grains.

2 *heures.* — Le malade est étranger à tout; la chaleur accrue annonce un paroxysme nouveau. Le pouls est filiforme, la respiration est lente, haute, et râlante; l'expiration bruyante, la langue sèche, la figure grippée et plombée : il paraît devoir périr à la chute du paroxysme.

Depuis ce moment, tous les symptômes ont été s'aggravant, et la mort a terminé les jours du malheureux Piquemal, le 4, à onze heures de la nuit.

L'autopsie de ce malade nous fut ravie par une inhumation plus prompte que nous ne l'avions supposée.

3.e OBSERVATION. — FIÈVRE RÉMITTENTE CONTINUE THYPOÏDE, PLUS TARD INTERMITTENTE.

Jean-Joseph-Marcelin B***, âgé de 18 ans, né à Pamiers, entré à l'Hôtel-Dieu le 12 Juillet 1836.

Ce jeune homme, d'une haute stature et d'une constitution grêle, fils naturel d'un père aisé, qu'il connaît peut-être, a toujours montré, même dans son enfance, peu de dispositions pour l'étude et le travail. Une sorte d'indiférence pour tout, d'apathie, de morosité, l'ont constamment caractérisé.

Il peut à peine se tenir debout; ses jambes fléchissent sous lui : son attitude annonce la prostration des forces la plus complète. Son teint est coloré d'un rouge plombé, sa peau est chaude et sèche, son pouls fréquent, large, mais mou; son regard peint la stupeur et l'égarement; il répond lentement et à demi, tantôt juste, tantôt de travers, aux questions qu'on lui adresse. Il se plaint de pesanteur et de douleur de tête; ses carotides battent avec force; ses pupilles sont larges, et peu mobiles sous l'impression d'une vive lumière. La langue est jaunâtre et brune, peu humectée; la soif vive, la voix rauque et voilée, l'épigastre sensible, le ventre normal à la région cœcale près, qui donne, par la pression, un bruit de gargouillement sensible à l'oreille.

Alors, privé des renseignemens qui précèdent, je ne prescrivis qu'un clystère, un bain de jambes sinapisé, et la limonade végétale pour boisson.

13, *visite du matin.* — La nuit s'est passée dans une grande agitation; sa figure s'est alongée; la prostration est plus grande. Malgré ce dernier symptôme, vu la jeunesse du sujet, l'im-

pulsion forte du cœur, l'état du pouls, les pulsations des artères carotides apercevables à l'œil, et les symptômes cérébraux auxquels viennent se joindre des vertiges et des éblouissemens, je prescris une saignée de 10 onces, et deux heures après, 2 grains tartre stibié dans la potion de Franck, la limonade pour boisson, et une diète absolue.

Visite du soir. — La saignée a déterminé une amélioration instantanée, mais passagère; il y a eu deux vomissemens et deux selles. La coloration plombée est plus prononcée, la chaleur et la soif plus vives, l'épigastre moins sensible, la langue plus humectée. Ses voisins me disent qu'il est plus accablé depuis deux heures après midi. Cette circonstance, l'accélération plus grande du pouls et l'accroissement de la chaleur, me le font considérer comme dans un paroxysme.

Du 14 Juillet au 21 du même mois, la maladie suit ses phases: l'affection cérébrale se développe quelquefois avec une intensité effrayante; le délire est complet. Plus tard, la face est moins plombée et meilleure : une légère amélioration se déclare; le malade demande des alimens. Une récrudescence semble se prononcer : ses perceptions s'obscursissent de nouveau; mais enfin le traitement triomphe de l'obstination du mal. Une amélioration sensible se manifeste; plus de paroxysme; et dès le 11 on a donné le sulfate de quinine à dose décroissante, et on a progressivement augmenté la nourriture. Le 23 Juillet, ce jeune homme ne conservait qu'un peu de faiblesse. Il sortit le 26 Juillet 1836.

Ainsi qu'on a si souvent l'occasion de l'observer dans les contrées où les fièvres intermittentes règnent, on voit ici, dans la terminaison d'une maladie que nous avons principalement combattue par les évacuans, on voit, dis-je, la constitution régnante exercer de jour en jour son influence sur une affection intercurrente, et la modifier, jusqu'à la transformer complètement; circonstance heureuse, sans doute, car c'est dans ce cas surtout qu'avec vérité on peut dire que la forme emporte le fonds. Aussi ai-je dû saisir l'indication culminante dès que la transformation a été opérée, et administrer le spécifique dont l'effet a pleinement confirmé mon opinion et répondu à mon attente.

Quant à la médication première, on a vu que j'ai débuté

par une saignée ; celle-ci a été principalement dirigée contre la lésion de l'encéphale, qu'au premier abord j'étais porté à regarder comme essentielle et membraneuse (arachnitis de la base); plus tard, l'état du pouls, l'apparition des taches pétéchiales, l'adynamie, m'ont porté a modifier le diagnostic et à adopter la méthode purgative saline ; enfin, j'ai terminé le traitement par le sulfate de quinine.

RAPPORT

SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A TOULOUSE pendant le mois de Février 1838,

PAR M. D. BERNARD.

Pendant la période que nous examinons, le nombre des malades a été assez considérable. Les différentes affections qui tour-à-tour se sont montrées à nos praticiens, sont assez semblables à celles du mois précédent. Il en est cependant quelques-unes qui se sont offertes plus fréquemment que durant le mois de Janvier ; de ce nombre sont les érysipèles, et surtout les érysipèles à la face, qui, dans plusieurs cas, ont entraîné des accidens funestes ; il est vrai de dire qu'alors ils s'accompagnaient d'accidens cérébraux qui, s'ils n'étaient promptement combattus d'abord par de larges saignées, occasionaient en peu de temps la mort des malades. L'emploi des évacuans au début a paru plutôt accélérer que retarder la marche de la maladie. A part cette fâcheuse complication, la maladie dont nous parlons, soit qu'elle occupât la face, le tronc ou les membres, a cédé aux différentes médications employées pour la combattre ; la médecine expectante a suffi dans la plupart des cas pour s'en rendre maître. Quelques confrères prétendent avoir retiré de grands avantages de l'application de l'onguent mercuriel sur les parties ; siége de l'exanthème. Il ne nous appartient pas ici de discuter sur l'excellence de ce moyen, mais en nous renfermant dans ce que l'on pourrait appeler *l'expression pratique*, nous dirons que dans les cas graves, et lorsque l'érysipèle tend à devenir phlegmoneux, l'emploi de l'onguent mercuriel peut être très-avantageux.

Les rhumatismes se sont aussi présentés à nous pendant ce mois avec un caractère particulier de ténacité, et en géné-

ral, toutes les médications ont échoué; le temps seul est venu apporter quelques soulagemens aux malades.

Beaucoup de maux de gorge ont été signalés. Un traitement rationnel en a fait prompte justice. Dans quelques cas d'amygdalite, la maladie s'est terminée par suppuration.

Comme dans le mois précédent, les apoplexies ont été nombreuses et souvent funestes; quelques malades se sont entièrement rétablis, d'autres sont demeurés hémiplégiques. Un de nos confrères nous a cité un cas d'apoplexie convulsive que de larges saignées souvent réitérées n'ont pu empêcher de devenir mortel.

Les affections catarrhales se sont encore dessinées de la même manière que le mois précédent, mais en moins grand nombre et avec moins d'intensité. Le même traitement leur a été opposé.

Quelques affections gastriques et dothgneutériques ont surgi, et ont même exigé l'emploi des saignées locales et des moyens adjuvans. Elles n'ont point déterminé d'accidens graves; en général, elles ont présenté, comme particularité remarquable, une rougeur intense de la langue.

Les fièvres intermittentes ont paru, mais en petit nombre.

Les péripneumonies et les pleurésies ont rarement été observées, contrairement à ce qui arrive dans cette saison : les antiphlogistiques ont fait la base du traitement.

Comme pendant le mois de Janvier, les ophthalmies ont été nombreuses, mais elles sont apparues moins intenses, et surtout moins rebelles. En général, dans toutes les affections qui ont été mentionnées, les antiphlogistiques ont bien réussi.

Les éruptions ont été observées moins fréquemment qu'à aucune autre époque de l'année. On a vu cependant encore des varioles confluentes qui ont été mortelles.

L'un de nos confrères a eu la complaisance de nous transmettre quelques détails sur une maladie qui a régné dans la plaine de l'Hers. Cette affection, difficile à caractériser, débute par des douleurs de tête qui se présentent à différentes heures du jour ou de la nuit, mais sans aucun caractère de périodicité. Au bout de trois ou quatre jours, la fièvre arrive sous forme de rehaussemens qui n'ont rien de régulier dans leurs apparition ni dans leur retour. Le système gastrique ne s'altère pas dans le principe; la tête seule semble être le siége du mal, mais ne

présente rien d'inflammatoire, rien de fluxionnaire. Les douleurs de cette partie cessent quelquefois entièrement pour reparaître, tantôt une heure, tantôt vingt-quatre heures après. Plusieurs malades ont été saignés, d'autres purgés, et, sans qu'on ait obtenu de ces moyens aucun effet salutaire, plusieurs malades sont morts; chez ceux qui ont été guéris, l'on a vu peu à peu les redoublemens diminuer d'intensité, se répéter moins souvent, et enfin, la maladie s'user d'elle-même. La mortalité a été très-considérable par rapport au nombre des malades. L'on n'a pas fait d'autopsies. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette *quasi*-épidémie, dont de nouveaux faits éclaireront sans doute le diagnostic.

Nous terminerons ce court exposé des maladies qui ont régné pendant le mois de Février, en faisant observer l'abaissement vraiment extraordinaire de la colonne barométrique le lendemain de la nouvelle lune. Ce phénomène, qui coïncide avec les sinistres qui ont eu lieu en mer et sur nos côtes, n'a pas déterminé, que nous sachions, de changement remarquable dans la constitution médicale régnante.

Tableau météorologique.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE ou NEIGE.
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. O.	N. N. O. calme.	S. E.	
76 c	72 c 65 m	11 o 1,2	4 o 1|2	13 j.	9 j.	6 j.	9 j.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DE THÉRAPEUTIQUE [1],

PAR LAD. A. SZERLECKI, DE VARSOVIE,

DOCTEUR EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRIBOURG.

L'influence des doctrines médicales qui se sont élevées dans le commencement de ce siècle, et, en particulier, l'autorité de M. Broussais

[1] Deux forts vol. 8.° de 500 pages environ. Prix : 14 fr. — A Paris, chez Rouvier et le Bouvier, rue de l'École de Médecine, 8.

et des élèves nombreux qui se sont dans le principe ralliés autour de ce chef distingué, a eu pour résultat de simplifier le traitement des maladies, plus encore peut-être que leur diagnostic. Pendant longtemps, la diète, l'eau gommée et les sangsues, ont formé pour ainsi dire tout l'arsenal thérapeutique des médecins physiologistes. Aujourd'hui le chef de l'école lui-même a abandonné ce que son système avait de trop entier et de trop exclusif : aujourd'hui les antispasmodiques, les stimulans, les toniques, ont reparu dans la matière médicale, et l'on recommence à chercher dans les écrits de ces anciens, naguère si décriés, les formules éprouvées, même celles qui peuvent paraître entachées d'un peu de pharmacomanie, lorsque l'expérience leur en a démontré l'efficacité dans certaines circonstances.

Mais la plupart de ces formules se trouvent disséminées dans des ouvrages nombreux, volumineux, quelquefois très-chers à cause de leur rareté ; et la plupart des médecins se trouvaient par-là, privés de ces trésors d'expérimentation que nous ont légués nos devanciers. M. Szerlecki a eu l'heureuse idée de réunir ces matériaux épars, et de les présenter tous ensemble sous une forme qui facilitât les recherches. Adoptant l'ordre alphabétique pour classer les maladies, il a présenté pour chacune d'elles la nomenclature des substances employées par les praticiens renommés de tous les âges, et de toute l'Europe. Il n'a pas fait la critique des faits; simple historien, il les a relatés sans commentaire, s'attachant pourtant plus à la médication qu'au médicament. Néanmoins, quand il a rencontré de ces formules qui guérissent sans que le médecin puisse préciser à quel médicament est due l'action thérapeutique, il les a données; aussi presque chaque page de ses deux consciencieux volumes contient-elle des formules. On comprend facilement l'utilité d'un répertoire conçu et exécuté sur le plan que nous venons de tracer, sans pouvoir en faire l'analyse. Pour le médecin tant soit peu occupé, qui ne peut faire des recherches dans les ouvrages si multipliés de nos grands maîtres; pour celui qui ignore les langues étrangères; pour le médecin de la campagne, surtout, qui manque souvent des ressources qui lui seraient nécessaires pour se tenir au courant, ce Dictionnaire ne peut être que d'une très-grande utilité, puisqu'il résume tout ce que les grands maîtres ont écrit sur la partie pratique de l'art de guérir.

MÉMOIRE ANALYTIQUE ET STATISQUE

Sur quarante cas de phlegmasies aiguës de l'organe pulmonaire (fluxions de poitrine), observées dans l'exercice de la médecine à la campagne; [1]

PAR M. A. GAUSSAIL,

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE, ETC.; MÉDECIN A VERDUN-SUR-GARONNE.

Soit que nous devions donner habituellement nos soins aux malades, soit que nous ne soyons appelés qu'en consultation, ce n'est, le plus souvent, qu'à une époque éloignée du début de la maladie que nous sommes réclamés par les habitans de nos campagnes. Un grand nombre d'entre eux a, contre la saignée des préventions qu'il est difficile de vaincre; et, d'un autre côté, leur peu d'aisance, ou leur état de pauvreté, nous forcent à renoncer à certains moyens, aux sangsues, par exemple, ou à ne les employer qu'avec parcimonie. Enfin, nous ne sommes pas plus heureux pour la prescription du régime, et il n'est pas rare qu'une guérison, péniblement obtenue, ne se trouve compromise par des imprudences que nous avions tant recommandé d'éviter.

Si l'on tient compte de ces conditions, au milieu desquelles nous pratiquons la médecine rurale, on conviendra qu'elles sont loin de constituer des élémens de succès; aussi, n'est-ce pas sans motif que j'ai indiqué au titre de ce mémoire les circonstances dans lesquelles ont été observés les faits qui lui servent de base.

Ces faits sont au nombre de quarante, et ont été recueillis dans l'espace de trois années, de 1833 à 1835. Je rapporterai, d'abord, avec détail les observations qui m'ont paru présenter quelque intérêt pratique. Une analyse statistique, qui embrassera la totalité des cas observés, et qui se rapportera surtout à l'appréciation des divers moyens curatifs mis en usage, fera l'objet d'une seconde partie.

[1] Ce mémoire a obtenu une des médailles accordées l'an dernier, par la Société de Médecine de Toulouse, aux deux plus importantes communications qui lui avaient été faites.

PREMIÈRE PARTIE.

1.re OBSERVATION.

Pneumonie circonscrite, compliquée de gastro-entérite, chez un sujet avancé en âge. — Emissions sanguines répétées. — Guérison.

Rose L***, âgée de 68 ans, d'une constitution pléthorique, et douée d'un embonpoint considérable, était légèrement enrhumée depuis plusieurs jours, lorsque, dans la nuit du 18 Mars 1835, après un repas où elle avait surtout mangé beaucoup de salade, elle éprouva des pesanteurs à l'estomac, des vomissemens; puis, sur le matin, un frisson général, à la suite duquel se manifesta une douleur violente dans le côté droit de la poitrine. La toux devint extrêmement pénible, sans expectoration, et il survint une fièvre considérable. Néanmoins, les symptômes gastriques paraissant dominer, un chirurgien employa d'abord une application de sangsues à l'épigastre, des fomentations, etc. Mais la douleur du côté ayant augmenté, et les crachats ayant présenté quelques stries de sang, je fus appelé le 23 au matin, et trouvai la malade dans l'état suivant.

Décubitus dorsal, facies rouge, animé; chaleur âcre, mordicante; pouls fréquent, large et vibrant. La malade ne se plaint pas habituellement; mais quand elle tousse, elle est forcée de suspendre tout-à-coup ses efforts, et de s'arrêter comme suffoquée par la douleur. Après un peu de repos, elle indique une souffrance profonde et des plus vives au-dessous du sein droit. Si on la fait coucher sur ce côté, la douleur reparaît avec la même acuité, surtout si on lui fait exécuter quelques efforts de toux; mais elle n'est pas provoquée d'une manière aussi violente par de longues inspirations. Les crachats sont rares, et présentent du sang, d'une belle couleur rouge, réuni en flocons; au milieu, des mucosités épaisses et jaunâtres. La percussion donne un son clair dans le point douloureux, comme dans toute la poitrine. L'auscultation, pratiquée avec soin, ne fait découvrir aucune altération du bruit respiratoire; l'expansion pulmonaire n'est pas même excessivement bornée. Soif des plus vives, désir des boissons froides et acides; langue rouge, animée, sèche et rugueuse; ventre légèrement balloné, sans douleur.

Nous pratiquons immédiatement une large saignée; elle est réitérée le soir, avec la recommandation de la réitérer encore dans la nuit, s'il y a lieu. Le sang rétiré par les deux saignées peut être évalué à 2 livres; il offre une couenne épaisse et relevée sur ses bords. — Diète absolue, boissons gommeuses.

Le 24, la douleur est moins poignante, la toux moins pénible, les crachats moins chargés de sang; mais le pouls conserve sa fréquence et sa dureté. — Saignée de 12 onces. La couenne que présente le sang est semblable à celle de la veille.

Le 25, état plus satisfaisant : le pouls a perdu de sa fréquence et de sa dureté; la malade peut se coucher momentanément, il est vrai, sur le côté droit, sans souffrir beaucoup; mais la toux, quoique plus rare, provoque toujours la douleur. — 20 sangsues au-dessous du sein droit.

Le 26 et le 27, amélioration bien notable des symptômes pneumoniques : les crachats ne présentent plus de sang; la douleur, qui ne se reproduit qu'à intervalles éloignés, commence à être supportable ; mais la gastro-entérite persiste; le cerveau paraît même participer à la phlegmasie, car il y a du délire et de l'assoupissement. — 20 sangsues au bas du ventre, vésicatoire volant aux mollets.

Les jours suivans, nous insistons sur la diète absolue, les boissons mucilagineuses, le petit-lait, etc. Ces divers moyens sont suivis d'une amélioration progressive. Le 1.er Avril la malade est hors de danger, et sa guérison est confirmée le 10 du même mois.

RÉFLEXIONS.

Cette observation présente quelques considérations pratiques importantes que je vais passer en revue, avec quelques développemens.

1.° — *Le caractère de la douleur, et l'absence des signes stéthoscopiques.*

Sans partager l'opinion de certains médecins qui regardent l'auscultation et la percussion comme n'étant d'aucun secours dans les maladies de poitrine, il faut convenir que, dans certains cas, et j'en ai plusieurs présens à mon souvenir, elles ne fournissent aucun signe, et qu'il n'en existe pas moins une véritable pneumonie. Cette particularité doit surtout se rencon-

trer dans les pneumonies circonscrites, lobulaires, et je pense que celle dont j'ai tracé l'histoire était de ce genre. Dans des cas semblables, il faut bien avoir recours à d'autres moyens de diagnostic qui, fort heureusement, présentent presque autant de certitude que ceux fournis par l'exploration directe. Examinons quelques-uns de ces moyens.

Lorsque Baglivi voulait, par la douleur, faire paraître le lieu qu'il soupçonnait être enflammé dans la poitrine, il faisait coucher successivement son malade sur les deux côtés, et lui recommandait, pendant qu'il était dans cette position, de faire de fortes inspirations, et de tousser à diverses reprises. Si, pendant ces tentatives, il se réveillait quelque point de douleur, même sourd et obscur, il tenait d'abord pour certain que l'inflammation existait en effet, et décidait, en second lieu, que le siége du mal était dans l'endroit même de la douleur. [1]

Stoll, qui a répété ces expérimentations, dit qu'il suffit, pour être assuré qu'il y a quelque inflammation latente dans la poitrine, que les malades ressentent, pendant les épreuves, quelque sentiment de piqûre, de pression ou de chaleur, dans un des côtés, ou même, que quelqu'une de ces diverses positions leur donne de la toux et de l'oppression.[2]

L'examen des crachats, la manière dont le sang se comporte avec les mucosités, peuvent encore fournir de précieux documens; mais des développemens à cet égard m'entraîneraient trop loin. Je passe à d'autres particularités de mon observation.

2.° — *L'existence de la maladie chez une personne chargée d'embonpoint.*

Triller avait remarqué que les personnes grasses sont moins sujettes à la pleurésie et à la péripneumonie. Morgagni, qui partage cette opinion, fait remarquer que, sur trente-deux observations empruntées à Valsavie, il ne s'en trouve que deux faisant exception à cette particularité. Aussi, en énumérant les circonstances qui ont contribué à la gravité de la maladie chez cette dame qui fait le sujet de la cinquième observation de sa vingtième lettre, il a soin de mettre cette cause en première ligne. « *Erat*

[1] Baglivi, *Prax Med.*, lib. 1, pag. 35

[2] Stoll, *Ratio Med.*, tom. 1, pag. 73.

præpinguis, quæ res significat gravissimam morbi causam,... prætereà nimiæ pinguedinis copia. Quantum pulmonibus, in decumbentibus præsertim, loci demat; quantòque respirationem et expectorationem reddat difficiliores satis est manifestum ». [1]

3.° — *Les émissions sanguines répétées coup sur coup.*

Ici, la circonstance de l'âge était, pour ainsi dire, mise de côté par l'intensité des symptômes inflammatoires, par la constitution sanguine et pléthorique de la malade; aussi, je doute que toute autre méthode thérapeutique eût obtenu des résultats aussi avantageux que celle des émissions sanguines à *haute dose;* mais ce n'est pas à dire pour cela, comme nous le verrons, d'ailleurs, plus tard, qu'elle doive être adaptée à tous les cas.

4.° — *Enfin, la circonstance d'une terminaison heureuse.*

Si la gravité d'une maladie est en raison directe de ses complications et de l'âge du sujet, cette guérison doit paraître remarquable; et, sans aucun doute, il faut l'attribuer au traitement énergique qui a été mis en usage.

2.e OBSERVATION.

Pleuropneumonie droite. — Traitement irrationnel jusqu'au 7.me jour de l'invasion. — Deux saignées dans le même jour. — Guérison rapide.

Sol (Pierre), maître valet, âgé de 55 ans, bien constitué, était enrhumé depuis plusieurs jours, lorsque, vers le soir du 19 Avril 1835, il éprouva un frisson prolongé, de la céphalalgie, de la fièvre, et des douleurs vagues alternant d'un côté et d'autre à la base du thorax. Le lendemain, les crachats furent sanguinolens; la toux, et une longue inspiration, étaient très-douloureuses. Des purgatifs, le kermès, le sulfate de quinine, alors que les assistans reconnaissaient que le malade était constamment dans le même état fébrile; des vésicatoires aux jambes, et un vésicatoire sur le côté gauche appliqué le 26 Avril: tels étaient les moyens mis en usage jusqu'à ce jour, où je vis

[1] Morgagni, *De sed. et causis morborum.* Edit. Chaussier et Adelon, epist. xx., pag. 558.

pour la première fois ce malade, que je trouvai dans l'état suivant.

Douleur vive dans le côté gauche; mais elle dépend, sans doute, du vésicatoire qui y a été appliqué, car il n'y a de ce côté aucun signe de pneumonie. A droite, au contraire, quoique la douleur soit moindre, il existe de la matité fort étendue à la base, et du râle crépitant dans tout le point mat. La toux est peu fréquente, les crachats volumineux et fortement chargés de sang; le pouls est large, développé, peu fréquent; la peau très-chaude. — Saignée d'une livre.

Retenu par d'autres malades, je pus revoir celui-ci quatre heures environ après ma première visite. Son état me paraissant le même, je pratiquai une nouvelle saignée aussi abondante que la première. Le sang de l'une et de l'autre présentait une couenne relevée sur ses bords, et ayant 5 à 6 lignes d'épaisseur. Il y eut un soulagement assez marqué après cette nouvelle déplétion sanguine.

Le 27, agitations et rêvasseries dans la nuit précédente; moins de fièvre, crachats plus rares et moins rouges. La matité persiste, ainsi que le râle sous-crépitant à la base du côté droit; la respiration est puérile au sommet. — Boissons pectorales gommées.

Le 28, mieux sensible: presque pas de douleur, même dans une longue inspiration; peu de toux, crachats à peine rouillés. Le son est plus clair dans le côté malade; il n'y existe que quelques bulles de râle s ous-crépitant; la fièvre est notablement diminuée. — Mêmes prescriptions. — Convalescence confirmée le 30.

RÉFLEXIONS.

Rien de plus variable que le temps que met une pneumonie pour passer du premier au second, et de celui-ci au troisième degré. C'est surtout pour constater ces diverses manières d'être de l'organe pulmonaire, sources véritables d'une thérapeutique rationnelle, que l'auscultation et la percussion offrent une utilité que rien ne peut remplacer.

Doit-on admettre que chez ce malade la pneumonie, après être arrivée au second degré, marchait vers la résolution, et présentait de nouveau les signes du premier degré au septième jour de l'invasion? Je ne saurais adopter cette manière de voir,

en réfléchissant à l'état d'acuité qui existait encore; ce n'aurait pas été, d'ailleurs, le traitement mis en usage jusque-là, qui aurait pu imprimer cette marche rétrograde à la phlegmasie. Il me paraît plus convenable d'admettre que le poumon, resté engoué jusqu'au septième jour, allait passer à l'état d'hépatisation rouge; altération qui comporte l'usage des antiphlogistiques, qui ont produit une résolution franche et rapide.

3.e OBSERVATION.

Pleuropneumonie gauche. — Deux saignées. — Tendance à l'adynamie. — Tartre stibié. — Vésicatoire. — Guérison.

Baqué, âgé de 27 ans, tempérament sanguin, sujet à des épistaxis supprimés depuis trois mois, éprouva, le 28 Avril 1835, un frisson général, avec douleur poignante dans le côté gauche. Dès l'invasion, deux syncopes; céphalalgie violente; le facies se colore vivement après le frisson.

Le 29, douleur plus violente, toux vive, peu d'expectoration; les crachats ne sont pas rouillés; fièvre ardente. — Saignée de 20 onces: sang couenneux.

Le 30, toux plus fréquente; crachats sanguinolens. Le pouls est plein, dur, et, malgré cela, il survient souvent des syncopes; il y a aussi des exacerbations irrégulières. — Expectation.

Le 1.er Mai, la journée se passe assez bien, sauf quelques syncopes; mais dans la nuit, la fièvre, la toux et la douleur augmentent; les crachats sont plus abondans et fortement rouillés; il y a, de plus, de la céphalalgie et des rêvasseries.

Le 2, la persistance des symptômes nécessite une seconde saignée. Les rêvasseries continuent, et le soir on applique des sangsues aux malléoles.

Le 3, même état. — Looch avec deux grains tartre stibié. — Je vois le malade pour la première fois vers trois heures de l'après midi: il est dans un état d'abattement et de prostration qui lui laisse à peine le sentiment de ses douleurs. Toux rare, crachats peu rouillés, matité dans toute la partie latérale et postérieure de la poitrine, râle crépitant sans soufle bronchique, sans raisonnance de la voix; pouls faible, dépressible; syncopes au moindre mouvement. Le looch est bien supporté; il a produit quelques selles. — Vésicatoires aux jambes. Après

leur action, on en appliquera un fort large, recouvert d'un papier de soie huilé, sur le côté malade. Continuation du looch émétisé, en diminuant d'un grain la dose du sel.

Les jours suivans, une amélioration franche se décide: la prostration disparaît, ainsi que la douleur; les crachats sont entièrement blancs. Le 6, le malade se lève, et prend quelques potages. Le 9, la convalescence est confirmée; mais il y a encore beaucoup de faiblesse.

4.e OBSERVATION.

Pleuropneumonie gauche. — Saignée. — Augmentation des symptômes. — Adynamie. — Tartre stibié; vésicatoires. — Guérison.

Moncouet, meûnier, âgé de 45 ans, ayant les apparences d'une bonne santé, mais affaibli réellement par des maladies antérieures graves, sujet à des sueurs abondantes, ressent, le 5 Mai 1835, un frisson général, à la suite duquel il se manifeste une douleur qui, partant des reins, vient se fixer sous le sein gauche. Une saignée est pratiquée le lendemain de l'invasion. Dans la journée, les crachats deviennent rouillés; dans la nuit, la fièvre et la douleur augmentent: le malade éprouve souvent des faiblesses. La journée du 7 se passe sans qu'on emploie des moyens actifs. Je suis appelé le 8, et constate l'état suivant.

Douleur poignante, augmentant par la toux et l'inspiration; la pression l'augmente également. Toux rare, crachats visqueux et rouillés; ceux qui sont desséchés teignent le linge en jaune; matité, souffle bronchique, sans râle, dans toute la partie latérale et postérieure gauche de la poitrine; il y a même un peu de raisonnance de la voix. Langue blanchâtre, faiblesses fréquentes, pouls sans réaction, facilement dépressible. — 12 sangsues sur la douleur, looch émétisé à un grain et demi.

L'état mentionné persiste, sans changement notable, pendant deux jours. — Continuation du looch émétisé; il ne produit ni vomissemens, ni selles, mais une diaphorèse continuelle.

Le 11, l'examen de la poitrine fait constater une résolution commençante: la matité est moindre. J'entends le râle crépitant, qui est bien le *réduux* de Laennec, là où existait la respiration bronchique. L'expectoration est blanche et muqueuse; la faiblesse, les douleurs de tête accompagnées de rêvasseries;

nécessitent l'application des vésicatoires aux jambes. Amélioration progressive, guérison confirmée le 16 Mai.

RÉFLEXIONS.

Les deux précédentes observations ont été recueillies dans la même localité, à la même époque, et à la suite d'un hiver dont la température avait été remarquable par son humidité et ses changemens brusques et fréquens; conditions qui ont, sans doute, contribué à donner à ces deux affections les caractères analogues qu'elles ont présentés. Je ferai remarquer, en résumant ces deux faits, 1.° l'impossibilité bien démontrée de pousser plus loin les émissions sanguines générales; 2.° l'action salutaire du looch émétisé; 3.° celle non moins salutaire, et plus rapide encore, de vésicatoires aux jambes, alors que les forces se déprimaient et que le cerveau se mettait de la partie; 4.° l'efficacité, dans le cas de Baqué, d'un vésicatoire recouvert d'un papier huilé, ainsi que le pratique le professeur Cruveilher, et qui a dû contribuer à hâter la résolution; 5.° enfin, je reproduirai la remarque déjà faite à la 2.me observation, remarque relative à la durée variable des divers degrés de la pneumonie. En effet, chez Moncouet (4.me observation), le souffle bronchique et la raisonnance de la voix nous indiquaient une pneumonie au 2.me degré, le quatrième jour de son invasion, tandis que chez Sol (2.me observation), elle était encore au premier degré au septième jour de la maladie.

5.e OBSERVATION.

Broncho-pneumonie. — Pleurésie gauche. — Persistance et augmentation de la douleur; après trois saignées, elle cède à une application de sangsues.

Bourdez (Géraud), âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, sujet à des épistaxis qui ne se sont pas reproduits depuis cinq mois, enrhumé depuis quelques jours, mais sans souffrances et sans avoir été obligé d'interrompre son travail de cordonnier.

Le 26 Mars au matin, sans cause connue, frisson prolongé pendant trois heures; immédiatement après, douleur vive dans le côté gauche; toux sèche, douloureuse; décubitus impossible sur le côté affecté; chaleur générale, rougeur de la face.— Le soir saignée de 16 onces, boisson pectorale, looch, diète. —

La nuit est mauvaise : peu de toux ; la douleur se fait vivement sentir par intervalles. Le lendemain, même état. — Saignée de 20 onces. — État de bien-être jusqu'à trois heures de l'après midi: alors la douleur et la fièvre se réveillent. La nuit est assez calme; mais, vers le matin du 28, nouvelle apparition de la douleur. C'est ce jour que je vois le malade dans l'état suivant.

Décubitus dorsal, douleur pongitive dans le côté gauche; elle augmente par les efforts de toux, et dans l'inspiration qui se trouve arrêtée tout-à-coup. Le malade dit souffrir autant qu'avant les saignées, son mat dans la région douloureuse se propageant sur la partie latérale. Absence complète de respiration vers l'angle des côtes : elle est très-bornée en avant au-dessous du sein ; elle s'entend plus large en arrière, mais il n'existe aucune espèce de râle. Crachats rares, mais fortement teints d'un sang rouge-pâle et bien mêlé aux mucosités. Pouls dur, peu fréquent. Ces circonstances m'engagent à faire une nouvelle saignée, après laquelle le pouls perd de sa dureté; mais la douleur persiste au même degré. — 12 sangsues. — Le soir le malade ne sentait plus sa douleur. La convalescence marche rapidement, mais la guérison définitive est un peu ratardée par quelques accès de fièvre, qui nécessitent l'emploi des antipériodiques.

RÉFLEXIONS.

Il y a peut-être inexactitude dans le titre de cette observation, car, en la soumettant à l'analyse, on se demande s'il y a eu réellement pneumonie. L'absence de la respiration dans certains points, l'expansion pulmonaire bornée et sans râle, la douleur persistant très-vive après trois saignées ; voilà des circonstances qui tendent à faire penser que l'inflammation affectait surtout la plèvre. Il y a eu du sang dans les crachats ; oui, sans doute, mais il était peu rouge et bien mêlé au mucus; et cette circonstance se rencontre assez fréquemment dans la bronchite aiguë simple ou compliquée de pleurésie. J'ai recueilli, à la fin de l'hiver de 1835, cinq cas analogues, que j'ai designés dans mes notes sous le nom de broncho-pleurites; j'ai toujours constaté l'absence des signes de la pneumonie, et cependant l'expectoration était sanguinolente.

6.e OBSERVATION.

Broncho-Pleurite. — Symptômes Bilieux. — Sangsues. — Évacuans. — Saignée. — Vésicatoire. — Guérison.

Dargassies (Françoise), âgée de 30 ans, maigre, stature élevée, enrhumée depuis huit jours sans dérangement. Le 3 Janvier 1835, frisson qui dure quatre heures, vomissemens bilieux, douleur poignante dans le côté gauche, respiration courte, toux peu fréquente, crachats muqueux, pouls fréquent, peu développé. — 12 sangsues au lieu malade, sirop d'ipécacuanha une once. — Vomissement verdâtre dans la journée; le soir la douleur est moindre.

Le 5, même état. — Expectation.

Le 6 au matin, retour de la douleur; elle est plus vive et empêche le décubitus sur le côté gauche; pouls dur et fréquent. — Saignée de 12 onces, après laquelle le pouls se déprime.

Le 7, état meilleur. — Expectation.

Le 8, toux plus fréquente sans que la douleur augmente; c'est surtout à l'épigastre que les efforts se font péniblement sentir. Dans la nuit, toux quinteuse, syncopes. Je vois la malade le lendemain 9 Janvier.

Elle se plaint de la douleur qui arrête tout-à-coup les inspirations et provoque la toux. Décubitus dorsal; mais, sur mon invitation, la malade se couche sur le côté gauche, et s'y supporte assez bien quelques instans, ce qu'elle n'aurait pu faire la veille. Matité dans tout le côté gauche du thorax, absence complète de la respiration en avant, et vers l'angle des côtes; crachats muqueux, mais contenant du sang pâle bien lié avec les mucosités; pouls très-fréquent, mais petit et dépressible. — Très-large vésicatoire sur la douleur, looch avec 24 grains d'oxide blanc d'antimoine.

Je ne rapporterai pas le reste de cette observation, qui me fut fournie jour par jour par le chirurgien de la malade; je dirai seulement que, sous l'influence de ces moyens, l'amélioration fut rapide, et la convalescence confirmée le 14 Janvier.

RÉFLEXIONS.

Ce qui paraissait le plus à craindre au moment où je vis la malade, c'était le passage de la pleurésie à l'état chronique;

aussi l'application d'un large vésicatoire sembla-t-elle être indiquée, et fut-elle, d'ailleurs, suivie d'un succès évident.

On ne pouvait pas songer à pousser plus loin les évacuations sanguines; l'état bilieux, la faiblesse du pouls, s'y opposaient formellement.

BONS EFFETS DU LAUDANUM LIQUIDE DE SYDENHAM DANS LA DYSMENORRHÉE,

PAR M. CRESPY, CHIRURGIEN A FRONTON.

En faisant connaître quelques-uns des moyens à employer contre la dysmenorrhée, je n'ai point l'intention de faire l'historique de cette maladie; je désire seulement consigner ici les résultats de mes observations pratiques.

Lorsque je suivais la clinique du professeur Lisfranc, je fus à même d'observer les bons effets qu'il obtenait du laudanum liquide de Sydenham dans la dysmenorrhée; et dès que je me livrai à la pratique, je ne tardai point à avoir recours à ces mêmes moyens, qui toujours ont surpassé mon attente. Les observations suivantes le prouvent mieux que tout ce que je pourrais dire.

1.re OBSERVATION.

J'ai donné mes soins à la femme B***, boulangère à Fronton, âgée de 25 ans, d'un tempérament lymphatique. Depuis l'âge de 16 ans, la menstruation était chez elle très-irrégulière et accompagnée de vives souffrances. Trois ou quatre jours avant le flux, elle éprouvait de violentes coliques; mais c'était surtout durant l'écoulement menstruel qu'elle était en proie aux plus violentes douleurs : elle-même m'a dit qu'elles étaient plus fortes que celles de l'enfantement. Je l'ai vue agitée par des mouvemens convulsifs, poussant des cris aigus. Les intervalles du repos devenaient pour elle un nouveau supplice; elle attendait toujours un accès prochain, et la crainte des maux qu'elle redoutait augmentait encore les douleurs qui accompagnaient chez elle ce travail de la nature. J'eus alors recours à la médication du chirurgien en chef de la *Pitié*. Je prescrivis un lavement avec la décoctiou de mauves; dès qu'il fut rendu, j'ajoutai, dans un verre du même liquide, 20 gouttes de laudanum, qui fut aussi injecté dans le rectum : à l'instant même les coliques

cessèrent, les caillots contenus dans la matrice se détachèrent, et tout rentra dans l'état normal. Depuis 1831, ces crises se sont renouvelées deux ou trois fois, et toujours l'emploi du laudanum a produit les plus heureux résultats.

2.e OBSERVATION.

M.me N***, âgée de 28 ans, demeurant à Grisolles, d'une constitution nerveuse, éprouva, dans le mois de Mai 1834, de très-fortes coliques. Elle avait alors ses règles. Quoiqu'elle souffrît habituellement durant la menstruation, elle n'attribuait pas la cause de ses souffrances au tribut périodique.

Un officier de santé se rendit auprès de la malade; et croyant reconnaître une hémorrhagie, parce que lorsque la matrice se contractait trop fortement elle expulsait des caillots de sang très-denses, ce qui diminuait les douleurs, et procurait un calme de quelques instans, il employa l'eau froide sur le ventre et les parties sexuelles. Depuis ce moment, le mal alla toujours en empirant : tout faisait craindre pour les jours de M.me N***. Je fus appelé en consultation; c'était trois jours après l'application des réfrigérans. La face était grippée, exprimant la souffrance; pouls filiforme, ventre ballonné, ne pouvant supporter le poids léger du drap. La sensibilité nerveuse était si exaltée que personne ne pouvait entrer dans la chambre sans lui causer des crispations; le moindre jour l'offusquait également. Dès que j'eus appris que M.me N*** était tombée malade lors de son époque mensuelle, je ne doutai pas que je n'eusse à combattre une dysmenorrhée. Je prescrivis des compresses imbibées d'une décoction mucilagineuse, un lavement composé du même liquide; dès qu'il fut rendu, dans un verre de la même décoction j'ajoutai 25 gouttes de laudanum. Peu d'instans après, le calme s'établit. Après un intervalle de deux heures, on a répété le même lavement. Au bout de trois jours, la malade était en convalescense. Onze mois après, j'ai accouché M.me N*** d'une fille à terme, mais qui n'a pas vécu.

3.e OBSERVATION.

En Octobre 1835, je fus appelé auprès de la fille P***, de Fronton, âgée de 22 ans. Elle avait un phlegmon à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite. Après plusieurs visites, quel fut mon étonnement, lorsque un jour je trouvai la

malade s'agitant dans son lit, portant ses mains sur le bas-ventre, et le comprimant fortement! La veille, je l'avais laissée très-bien. Je fis avorter l'inflammation par l'application réitérée de plusieurs sangsues. La mère me dit que depuis que la fille était pubère, elle était atteinte, tous les mois, de ces mêmes douleurs. Bientôt je fus fixé, et l'indication des lavemens laudanisés était précise: 20 gouttes suffirent pour ramener le calme. Dans le cours de mes visites, j'ai eu l'occasion de voir cette fille, qui n'a ressenti qu'une seule fois quelques atteintes de colique, qui ont disparu à l'aide d'un lavement et de quelques gouttes de laudanum, que j'avais laissés à sa disposition.

Je n'ai jamais administré moins de 20 gouttes, et n'ai pas dépassé 35.

RÉFLEXIONS SUR LE TRITOXIDE DE FER HYDRATÉ,

PAR M. LIMOUSIN-LAMOTHE, PHARMACIEN A ALBI.

Les expériences faites au sujet du tritoxide de fer hydraté, comme antidote dans les empoisonnemens par l'acide arsénieux, ont été répétées avec tant de succès, qu'il n'est plus permis aujourd'hui de douter de son efficacité; et si quelques rares essais n'ont point été couronnés d'un plein succès, il est probable qu'on le doit au mode de préparation employé.

Cela posé, on est en droit de se demander pourquoi l'on trouve si rarement cette préparation chez le pharmacien, lorsqu'à tout instant il peut avoir à regretter de ne se l'être pas procuré.

Parmi ceux qui, fidèles aux devoirs que leur profession leur impose, sont toujours pourvus de cette substance, il en est qui employent le carbonate de fer au lieu du tritoxide, qu'ils préparent en décomposant le sulfate de fer, par le sous-carbonate de soude ou de potasse. J'ai préparé plusieurs fois le safran de Mars par ce procédé, et je me suis toujours assuré qu'il retenait une grande quantité d'acide carbonique. Quelques auteurs, et Guibour entr'autres, ont, à la vérité, donné ce sel pour le tritoxide, se basant sur ce que, pendant la trochiscation ou la dessication du précipité ce dernier abandonne son acide carbonique pour se sursaturer d'oxigène.

Cette assertion est fausse ; et si, comme il est vrai, il y a pendant l'opération dégagement d'acide carbonique, c'est plutôt une surabondance qui se dégage, que la totalité ; aussi serait-il préférable d'appeler ce composé oxi-carbonate, ou simplement carbonate par précipitation.

Le codex de 1837 donne une formule pour la préparation du péroxide de fer, qui paraît rationnelle. Je préférerai toutefois la suivante, qui m'a été communiquée il y a quelque temps par un honorable collègue de Toulouse, et qui me paraît, si non préférable, du moins plus simple ; seulement, la quantité d'une livre d'eau distillée m'a paru insuffisante pour permettre la précipitation ; on peut, sans inconvénient, doubler la dose.

Prenez : limaille de fer bien pure, une once ; acide hydro-chloro-nitrique (ou eau régale faite avec parties égales), huit onces ; faites dissoudre dans un vase de verre ou de porcelaine, en versant l'acide peu à peu pour éviter une trop forte effervescence ; étendez la liqueur avec l'eau distillée froide, et filtrez ; précipitez alors, par l'ammoniaque liquide en excès, une once environ, selon le degré ; filtrez, et lavez à l'eau distillée.

Il a été reconnu, et le codex n'a pas manqué d'en faire l'observation, que le tritoxide de fer hydraté doit être administré à l'élat gélatinenx, c'est-à-dire, seulement précipité, et non desséché, pour qu'il puisse agir comme contre-poison ; aussi, engage-t-il tout pharmacien à en avoir toujours dans cet état, dans un flacon bien bouché.

Par une seconde observation, le codex recommande, comme condition expresse, d'avoir cette préparation toujours récente ; néanmoins, comme le pharmacien est appelé a l'utiliser rarement, je proposerai, pour l'avoir toujours récemment préparée, le moyen suivant, que je soumets au jugement des praticiens.

Disons d'abord que la plus grande partie de l'opération pour la préparation du tritoxide de fer consiste à préparer l'acide, à se procurer la limaille bien pure, [1] en la faisant limer sous ses yeux, opérer la combinaison, et filtrer. Ces quatre points de

[1] Celle des serruriers ne peut être employée, à cause du cuivre provenant des brasures qu'elle contient presque toujours.

l'opération obtenus, celle-ci est bientôt terminée. Je proposerai donc de pousser l'opération jusque-là, et d'en conserver le résultat dans un flacon bouché, pour être employé en temps opportun.

Si ce cas se présente, on n'a qu'à verser dans la dissolution la quantité nécessaire d'ammoniaque, jeter sur une toile le précipité, et le laver à la hâte pour être employé aussitôt.

J'ai fait moi-même cette opération, comme si le cas s'était présenté, et si messieurs les pharmaciens veulent essayer ce mode de préparation, ils se convaincront aisément que dans un cas même pressant, on aurait assez de temps pour terminer l'opération, et être assez heureux pour que l'antidote eût produit son effet avant que tout espoir de sauver un malheureux fût perdu.

DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

qui surviennent pendant la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement.

PAR M. DUCLOS NEVEU.

DEUXIÈME PARTIE.

Traitement. — Toute métrorhagie qui se déclare dans les deux premières périodes de la gestation est rarement dangereuse pour la mère; le fœtus seul, dans le plus grand nombre des cas, est victime de cet écoulement sanguin. Cependant, si l'hémorragie persistait après l'avortement, le pronostic acquerrait un degré de gravité propre à éveiller toute notre sollicitude.

Le traitement le plus approprié aux pertes utérines dont nous nous occupons, consiste à faire observer, à la femme qui en est atteinte, le repos le plus absolu. Le lit sur lequel on la placera doit être en crin ou en paille, plutôt qu'en toute autre matière; la chambre sera bien aérée. On observera la diète la plus rigoureuse; on fera usage des boissons acidulées, végétales ou minérales; les applications réfrigérantes trouveront leur emploi dans les cas où les premiers moyens indiqués seraient insuffisans. C'est alors aussi qu'on pourrait administrer avec avantage l'extrait de rataniah, combiné avec l'opium. Dans les

cas où la perte continuerait, et si le travail traînait en longueur, on pourrait se servir avec avantage du seigle ergoté, soit pour activer le travail, soit pour obtenir la cessation de la perte. Le tamponnement ne deviendrait utile que dans les cas où la perte donnerait de graves inquiétudes; ce qui est fort rare.

Avant de faire connaître le traitement rationnel qu'il convient d'opposer aux hémorrhagies utérines qui surviennent plus tard, nous avons pensé qu'on nous saurait gré de rappeler en peu de mots les différens moyens employés par les anciens pour remédier à ce genre de lésion. Hippocrate, qui paraît être le premier médecin qui ait parlé d'un traitement approprié aux pertes utérines, a tour à tour conseillé l'application des ventouses sur les mamelles, l'usage d'un pessaire ou tampon astringent dans le vagin, les vomitifs et les boissons astringentes; il considérait la saignée comme propre à déterminer l'avortement. Celse recommande de dilater l'orifice utérin pour opérer l'accouchement, mais il n'établit à ce sujet ni règles, ni principes.

Moschiou adopte le traitement employé par le vieillard de Cos, et propose, dans le cas où il serait insuffisant, de placer des ligatures sur les membres inférieurs pour diminuer l'impulsion du sang veineux vers le cœur, moyen plutôt nuisible qu'avantageux. Galien ajoute aux moyens déjà connus les injections dans le vagin faites avec une infusion de plantain; il prétend que ce moyen lui a réussi dans un cas de pertes qui avait résisté à tous les autres remèdes; mais il garde le silence sur l'époque où il l'a employé et sur l'espèce d'hémorrhagie utérine qu'il avait à combattre. Paul d'Egine, *Instructions aux S. F.*, ne propose ni n'enseigne rien qui ne nous ait été recommandé par Hippocrate. Trotula, S. F., d'Italie, faisait usage de la pierre hématite pulvérisée et délayée dans l'eau, qu'elle faisait prendre avant ou pendant le repas. Plater prône, en enthousiaste, l'usage d'une potion astringente, et dans les cas où elle échouerait, recommande l'application des ventouses, non-seulement sur les mamelles, mais entre les épaules ou aux bras.

Si telles étaient autrefois les ressources de la médecine pour arrêter les hémorrhagies, que de femmes ont dû périr à la suite de cet accident! En effet, de semblables médications ne devaient produire aucun résultat. Une sage femme, Louise Bourgeoise, fut la première qui découvrit, et qui osa mettre en

pratique le seul moyen de se rendre maître de l'hémorrhagie, et d'arracher la femme à une mort certaine : ce moyen, c'est d'opérer l'accouchement. Voici sa pensée : « *J'ai vu des femmes, lesquelles étant grosses de sept à huit mois, ayant grande plénitude de sang, à la moindre émotion se mettre à fluer en telle quantité, qu'il est incroyable, et les ayant fait mettre au lit, il semblait que le flux cessât; mais j'ai reconnu le contraire, d'autant que le sang ne laisse souvent de sortir de ces vaisseaux; mais trouvant un réceptacle au sortir de la matrice* (le vagin), *s'y arrête, et sortant peu à peu, se coagule, et le premier sorti empêche le dernier. Moi, cognaissant que le flux de sang n'est entretenu que par la grossesse, l'ayant vu cesser aussitôt que la femme est accouchée, j'ai mis cette pratique en avant* (d'accoucher la femme le plus tôt possible), *laquelle j'ai connu trop tard à mon gré pour la conservation de* M.me *Dambray et la duchesse de Montbazan, encore qu'elles n'aient été servies par moi. M. Lefèbre récita cette pratique-là aux écoles de médecine, et dit qu'en tel cas il conseillait aux assistans d'y procéder de même, vu qu'il avait vu mourir d'honnêtes femmes faute de l'avoir fait.* »

Moriceau, tout en adoptant tout ce qui avait été indiqué pour combattre les hémorrhagies utérines, proposa de rompre les membranes sitôt que l'orifice serait un peu dilaté : il dit en avoir retiré de bons effets. Cette pratique n'est fondée chez lui sur aucune règle, et, en outre, il n'établit aucune distinction entre les hémorrhagies. Peu, fait un précepte de terminer l'accouchement sitôt que l'orifice est dilaté, et, s'il ne l'est pas, de faire des injections dans le vagin; dans les cas désespérés, il recommande d'exposer la femme à un air frais, de faire des ablutions générales d'eau froide et d'oxycrat, etc. Ruisch prétend, dans les pertes utérines, qu'il faut attendre patiemment que la nature fasse tous les frais du travail; tandis que Dionis recommande, au contraire, de ne point attendre que l'orifice soit dilaté. *Il faut*, dit-il, *si l'hémorrhagie est abondante, que l'art fasse les frais de ce travail.* Il adopte l'accouchement des eaux à l'exemple de Moriceau. La dilatation forcée de l'orifice est indiquée dans quelques cas, mais, dans le plus grand nombre, cette manœuvre doit être rejetée, comme nous allons le voir plus loin. Vanderlinden possédait une poudre précieuse pour combattre les hémorrhagies utérines; elle était composée de corail rouge préparé, d'ambre

jaune, de bol d'Arménie et de sang dragon, de chaque 2 gros; semence de plantain, borax, calciné de chaque 1 gros; extrait d'opium, 4 gros, à prendre en deux ou trois doses. Helvétius, inventeur d'un spécifique pour combattre les hémorrhagies, ne devait pas être plus heureux dans sa pratiqne que tout autre, puisque il ne faisait usage que de poudres astringentes. Pasta ne nous enseigne rien en recommandant l'usage de tous les astringens proposés avant lui pour combattre les hémorrhagies utérines.

Telle est, en abrégé, la médication que les anciens accoucheurs opposaient aux hémorragies utérines; mais toutes ces médications, employées sans règles ni principes, devaient, dans le plus grand nombre des cas, avoir pour résultat la mort de la femme; tandis que de nos jours, ayant une connaissance parfaite de toutes les hémorrhagies utérines dont une femme grosse ou en travail d'enfant peut être atteinte, il nous est facile d'en saisir les symptômes et d'en apprécier les conséquences; le traitement alors n'offre plus de difficulté, puisque nous le subordonnons à l'espèce de perte qui s'offre à nous.

Dans les pertes inévitables, le repos absolu, la diète, les boissons rafraîchissantes et acidulées, n'arrêtent pas l'hémorrhagie, mais peuvent la modérer. En attendant qu'un moment plus opportun arrive, on emploîra avec quelque avantage les réfrigérens, même à la glace, sur le ventre et les plats des cuisses; les injections vaginales sont encore utiles. A l'intérieur, l'opium administré *fractâ dosi* et à des intervalles plus ou moins rapprochés, toujours en proportion de la perte, produit des effets d'autant plus avantageux, qu'il n'amène aucune suspension dans le travail qui se fait d'une manière insensible et lente; les lavemens avec une douzaine de gouttes de laudanum produisent encore de bons effets. S'il arrivait que le travail de parturition ne fît pas de progrès et que la femme perdît ses forces, l'accouchement pourrait être terminé avec avantage; cependant il ne faut pas perdre de vue l'état de l'orifice, qui, en pareille circonstance, doit être pour l'accoucheur la boussole qui doit le conduire à bon port: est-il dur et sensible, la femme n'est pas encore en danger; on doit retarder l'accouchement.

L'accouchement ne pouvant pas être terminé encore, ici se présente le moyen imaginé par Hoffmam et Smellie, le tampon; ils nous le présentent comme un moyen sûr pour arrêter l'hémor-

rhagie utérine, quelle qu'en soit l'espèce ou quelle que soit la cause qui l'a produite; nulle ne peut lui résister. Il faut en convenir, malgré toute la confiance que certains auteurs lui accordent, ce moyen est loin de produire dans tous les cas les bons effets qu'on veut lui attribuer. Il est, sans doute, des pertes qui, après avoir résisté à toute espèce de médication, peuvent réclamer l'emploi du tampon; ainsi par exemple, les hémorrhagies passives qui surviennent chez les femmes non grosses, ou bien, chez les femmes grosses, mais seulement dans la première ou au commencement de la deuxième période, et lorsque l'avortement est inévitable; alors seulement je pense que l'on peut retirer quelque avantage de l'application du tampon, mais dans le plus grand nombre des cas il sera inutile, surtout si nous avons égard aux hémorrhagies qui se déclarent dans la dernière période de la gestation; aussi sommes-nous loin de partager l'opinion de *Smellie* et de *Pasta*, qui disent avoir *conservé la grossesse* au moyen du tampon. Mais ce moyen peut-il être considéré comme le plus sûr pour arrêter une hémorrhagie utérine, lors surtout que le médecin conserve quelque espoir de prévenir l'avortement? Certes, non; il doit, aucontraire, solliciter les contractions utérines, en agissant comme corps étranger à l'orifice, et favoriser plus promptement l'expulsion fœtale. Le tampon appliqué chez la femme dont le terme de la gestation est prochain, ne pourrait-il pas, tout en arrêtant l'écoulement sanguin à l'extérieur, favoriser son épanchement dans la cavité de la matrice, et donner lieu à un autre genre de perte bien plus dangereuse à la mère et à l'enfant? Je veux parler de la perte cachée. Sans doute que le tampon naturel, favorisé par l'artificiel, pourrait pendant quelques instans supprimer l'écoulement sanguin; mais le moindre mouvement de la femme, un nouvel effort de la circulation ou une contraction de la matrice, peuvent déplacer le caillot, et la perte se rétablir; si le sang ne peut pas se faire jour au-dehors il doit s'épancher dans la matrice, et la femme courir en ce moment le plus grand danger, tandis qu'au contraire elle devrait reprendre ses forces par la suppression de la perte, qui n'est dans ce cas que factice. L'accoucheur doit aussi se rappeler que dans les pertes la contraction utérine diminue en proportion du sang que la femme perd; par conséquent le tampon ne répond pas toujours à l'effet qu'on doit en attendre. Si ce

moyen offre quelque avantage, ce n'est que dans les hémorrhagies qui surviennent dans les deux premières périodes de la grossesse ; dans ce cas, on n'a pas à craindre un développement trop prompt de la matrice capable de faire périr la femme. On pourrait encore tenter le même moyen dans le cas de perte inévitable, le placenta étant centre pour centre à l'orifice, celui-ci étant peu dilaté ; dans ce cas, l'application du tampon se trouvant en contact immédiat avec le tampon interne ou naturel, on n'aura pas à redouter autant la perte cachée ; si la perte donnait quelque inquiétude par sa persistence et par le prolongement du travail, on pourrait retirer quelque avantage du tampon; mais on ne doit jamais le considérer comme un moyen infaillible, excepté toutefois dans les hémorrhagies qui se déclarent peu de jours après la conception ou pendant le travail de l'avortement.

Toute perte utérine qui se déclare chez une femme grosse à terme ou en travail, celle, en un mot, que nous avons appelée inévitable, réclame du médecin le plus grand soin, et doit éveiller toute sa sollicitude. Si, après avoir employé la médication dont nous avons parlé, le sang continue à couler, nul doute que le principe émis par Louise Bourgeoise ne doive être mis en usage, et s'il est impossible de le pratiquer, il faut avoir recours au moyen indiqué par Puzos. Mais auparavant il faut être certain de la présentation du fœtus, car évacuer les eaux avant la dilatation de l'orifice de la matrice, dans les cas de présentation vicieuse, serait exposer la femme à des accidens plus ou moins violens. Tout doit donc être relatif à la manœuvre qu'on sera obligé de mettre en usage pour terminer l'accouchement ; aussi est-il de la plus grande importance que l'accoucheur fasse au préalable le choix du moyen qu'il se propose d'employer, et quel est le genre de perte qu'il se propose de combattre.

Si toute médication employée pour arrêter la perte a échoué, que les forces de la femme soient tellement affaiblies qu'on ait quelque crainte pour ses jours, il faudra de toute nécessité terminer l'accouchement. Le moindre retard peut devenir funeste à la femme. Dionis dit : *Si l'accident persévère, il faudra opérer l'accouchement : c'est la main de l'accoucheur qui doit faire tout l'ouvrage.* C'est un principe général qui ne peut pas être applicable à tous les cas ; ainsi, dans les pertes qui surviennent avant le sixième mois, comme nous l'avons dé-

montré, ce principe doit être rejeté, comme pouvant chez plusieurs femmes devenir plutôt nuisible qu'utile, la matrice alors n'étant pas suffisamment développée; dans le second cas, c'est-à-dire dans les pertes qui surviennent dans la dernière période, l'accouchement sera indiqué toutes les fois que la perte sera en rapport avec la faiblesse réelle de la femme; car il arrive souvent que le non succès qui accompagne la version du fœtus tient plutôt au retard que l'on a mis à l'opérer qu'à l'accident lui-même. Tenter la version dans le cas d'épuisement complet de la femme, c'est s'exposer à la voir périr peu d'instans après la délivrance ou pendant que l'on opère; ou bien il arrive qu'après avoir vidé la matrice, elle n'a plus la force de revenir sur elle-même pour opérer la constriction des vaisseaux et arrêter l'hémorrhagie.

Tous les praticiens sont d'accord aujourd'hui pour combattre la perte utérine qui a résisté à toute médication; l'extraction du fœtus est dans plusieurs cas le seul moyen pour l'arrêrêter; mais il s'en faut que leurs opinions soient unanimes sur le moment où il convient d'agir : les uns veulent que l'accouchement soit terminé sans dilatation dans l'orifice qu'il faut dilater; d'autres, au contraire, prescrivent d'attendre que les contractions utérines aient suffisamment agi afin que l'extraction fœtale soit plus facile. Entre ces principes, l'accoucheur peu expriminté doit se trouver dans un labyrinthe qui, dans plusieurs cas, peut l'exposer à voir périr la femme tantôt par la précipitation qu'il m'est à opérer l'accouchement, d'autres fois par le retard qu'il apporte à cette opération; car attendre, comme le veulent certains accoucheurs, que la femme éprouve des mouvemens convulsifs, des syncopes, des éblouissemens, des bourdonnemens d'oreilles, etc., c'est attendre la mort du sujet.

Sans doute, que dans les hémorrhagies utérines le col et l'orifice de l'utérus se ramollissent et deviennent plus mous, parconséquent plus dilatables; toutefois, il est essentiel de faire attention au tempérament de la femme, à la quantité de sang qu'elle a perdu et à celui qu'elle perd, afin de bien établir son diagnostic et le genre de traitement à employer. Ainsi l'accouchement forcé est indiqué lorsque l'orifice est dilaté d'environ deux pouces de diamètre, lorsqu'il paraît susceptible de se laisser dilater sans efforts et sans trop de douleur ou de sensibilité

pour la femme; dans ce cas, on peut sans crainte se déterminer à agir comme s'il était dilaté. Cette conduite m'a réussi dans plusieurs circonstances. Dans le cas où une perte se déclare tout d'un coup et plonge la femme dans un danger imminent, attendre un travail de la part de la matrice serait perdre un temps précieux; mieux vaudrait, à l'exemple de Louise Bourgeoise, de Mauriceau et du professeur Baudelocque, opérer l'accouchement. Cette pratique m'a réussi dans une circonstance remarquable. M.me P***, grosse pour la troisième fois, était enceinte de huit mois; après quelques contractions utérines, rares et faibles, il s'écoule par le vagin quelque peu de sang, la perte augmente insensiblement; mais dans l'espace de demi-heure elle fait des progrès si rapides, que la femme se trouve dans un danger imminent. L'orifice est entre ouvert, mais les bords sont minces et mous : j'en opère la dilatation; la main n'a pas plus tôt pénétré dans la matrice, que je trouve le placenta complètement détaché. L'enfant se présentait par la tête : j'opérai la version et amenai les pieds dans le vagin; l'arrière-faix descendit, et la délivrance eut lieu avant la sortie du fœtus, dont l'extraction n'offrit rien de particulier. L'enfant était mort. La matrice revint sur elle-même, la perte s'arrêta et la femme fut sauvée.

Toute les fois donc que l'orifice cédera facilement à l'introduction de la main, l'accouchement peut être terminé sans crainte; mais dans le cas ou l'orifice offre de la rigidité, que les bords sont épais, il faut attendre que les contractions et l'hémorrhagie aient amené ce relâchement, si utile et si rassurant pour le succès de l'opération; dans ce cas, la femme présente-t-elle quelque symptôme fâcheux, ils ne tiennent pas à la perte, et les anti-spasmodiques sont avantageusement employés; car toutes les fois que l'orifice résiste ou offre de la rigidité, c'est une preuve que la femme conserve encore beaucoup de force; dans ce cas, on doit continuer à employer les remèdes propres à modérer l'hémorrhagie; et, dans la crainte que l'écoulement sanguin continuât, il ne faudrait pas quitter la femme, la perte serait-elle même arrêtée, de peur quelle se renouvelât, comme cela pourrait arriver si le placenta était greffé sur l'orifice de la matrice. En cela, l'observation de Smellie doit nous servir d'exemple : étant auprès d'une femme prise de perte, le travail étant peu avancé et l'hémorrhagie arrêtée, il quitte la femme et

peu d'instans après il fut rappelé ; mais l'effusion du sang avait été si abondante, que la femme périt dans quelques instans.

En résumé, après avoir tenté tous les moyens propres à modérer ou à arrêter l'hémorrhagie utérine, le seul qui nous reste c'est de terminer l'accouchement sur-le-champ, si l'orifice est suffisamment dilaté; et dans le cas où il ne serait qu'entre ouvert, s'il est mince et mou, la même indication se présente; la femme présente-t-elle des symptômes alarmans, l'orifice est-il dur, résistant, il n'y a aucun danger; on doit retarder l'opération. Soit que nous ayons à combattre une hémorrhagie inévitable, soit qu'elle résulte de la présence du placenta aux environs de l'orifice utérin, et que la femme soit ou ne soit pas à terme, la conduite de l'accoucheur doit être la même. Quant à la perte cachée, plus dangereuse que toute autre, elle réclame des secours plus prompts; ignorant la quantité de sang qui s'épanche dans la matrice, l'homme de l'art peut être en sécurité, tandis que la femme est prête à périr si l'accoucheur ignore les symptômes qui se présentent alors, et qui ne sont pas toujours faciles à saisir pour celui chez lequel la théorie n'a pas été fortifiée par la pratique. Le danger est si grand lorsqu'on ne saisit pas l'ensemble des phénomènes que la femme présente et qui se rapportent à la perte cachée, que lorsqu'elle est presque exsangue, qu'on ne peut pas espérer de la sauver, malgré la dextérité que le médecin peut mettre à terminer l'accouchement. Il en est de cette perte comme de toute autre: lorsque nous voulons que le succès réponde à notre attente, il faut, autant que possible, se rendre raison de la quantité de sang que la femme a perdu, de celui qu'elle perd, et de l'époque de la grossesse où elle s'est déclarée : avec de telles règles de conduite nous pouvons espérer de conserver le plus grand nombre de malades qui en sont atteintes.

Quant à la manière d'opérer l'accouchement, tout est relatif à la manœuvre qu'on sera obligé d'employer; ainsi, s'il s'agit de la perte inévitable et qu'il soit utile d'achever de dilater l'orifice, la main n'a pas plus tôt pénétré dans la matrice, que les membranes doivent être déchirées aussi haut que possible, et sans la retirer opérer la version; les membranes étant rompues et la tête se présentant à l'orifice, le forceps doit avoir la préférence

sur la version dans les hémorrhagies qui surviennent sur la fin de la grossesse ou pendant le travail. Si, à l'exemple de Puzos, on a été obligé de rompre les membranes, et que la tête soit à l'orifice, et que ce dernier soit suffisamment dilaté, le forceps mérite encore la préférence sur la version, tandis que la version sera préférée si la dilatation doit être opérée par la main : la femme souffrira moins et l'opération durera moins de temps, toute chose égale d'ailleurs.

S'il est des hémorrhagies qui réclament l'accouchement forcé et qui exigent qu'on le termine le plus tôt possible, c'est, sans contredit, dans le cas de perte cachée; terminer l'accouchement le plus tôt possible, est le moyen le plus utile et le plus avantageux ; je dis plus, le seul capable de pouvoir sauver la femme; mais il faut que la femme soit à terme et en travail; alors, si l'orifice est entre ouvert, mou et mince, il faut s'empresser de le dilater et opérer la version de l'enfant. Dans le cas ou la femme ne serait ni à terme, ni en travail, les moyens généraux doivent être employés afin d'obtenir une constriction des vaisseaux utérins aussi prompte que possible. Les réfrigérens les plus forts méritent toute confiance; ainsi la glace appliquée sur le ventre et le plat des cuisses, une boisson acidulée et à la glace, conviennent également, mais en petite quantité, afin de ne pas provoquer le vomissement, qui, dans plusieurs cas, vient compliquer la perte. Si la femme reprend quelque force, nul doute qu'il n'y ait suspension dans la perte; si elle s'affaiblit de plus en plus, l'écoulement sanguin continue; dans ce cas, si l'accouchement ne peut pas être terminé, la femme périt dans quelques instans sans pouvoir lui porter aucun secours.

Toutes les fois que l'accouchement est nécessité par une perte, il est essentiel, dès le moment que le fœtus est engagé dans l'orifice, de ne pas se presser de l'extraire; au contraire, il faut le laisser quelques instans pour donner à l'utérus le temps de revenir sur lui-même, de se mouler sur la portion du corps de l'enfant, qui reste dans sa cavité, lui donner, en un mot, le temps de ramasser ses forces et de seconder l'action de la main: on évitera par là l'inertie après la sortie de l'enfant, et une perte bien plus dangereuse que celle qui a nécessité l'extraction du fœtus.

RAPPORT

SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A TOULOUSE pendant le mois de Mars 1838,

PAR M. D. BERNARD.

Sous l'influence des vents du sud-est et du sud-ouest qui ont presque constamment soufflé pendant le mois de Mars, la température s'est élevée et des chaleurs précoces ont signalé l'apparition du printemps. Le thermomètre est monté à 15° (R.), et n'est descendu que rarement à 0° pendant les premiers jours du mois. Les variations du baromètre ont été moins grandes que les mois précédens ; son plus grand degré d'abaissement a été 73c 16m.

Malgré le beau temps qui a régné durant la période dont nous parlons, le nombre des malades s'est accru considérablement, ainsi que cela arrive presque toujours aux approches des équinoxes.

Les maladies qui ont été le plus fréquemment observées sont les inflammations des membranes muqueuses de l'œil, de l'oreille, du pharynx et des bronches, mais avec un caractère plus franchement inflammatoire que celles des mois précédens, et qui étaient essentiellement catarrhales; aussi ont-elles cédé plus facilement que ces dernières. Les délayans, les anti-phlogistiques, le régime, en ont toujours triomphé.

Les pneumonies aiguës, qui ont été observées en assez grand nombre, ont présenté le même caractère que les inflammations des membranes muqueuses. Les saignées générales et locales ont presque constamment réussi. Cependant quelques praticiens ont été forcés d'en venir à l'usage des préparations antimoniales dans quelques cas où la saignée avait échoué; un de nos confrères a eu à se louer, dans un cas semblable, de l'emploi du kermès à haute dose employé suivant le procédé de M. Legrand.

Les fièvres intermittentes, qui s'étaient offertes en petit nombre à l'observation de nos confrères pendant les mois de Janvier et de Février, ont tout-à-coup reparu, et ont sévi sur un grand nombre de personnes, principalement sur celles qui en avaient été précédemment atteintes. Nous ferons observer cependant qu'elles n'ont présenté aucun caractère de gravité, et qu'on n'a

signalé aucun cas de fièvre pernicieuse. Ces pyrexies ont en général affecté le type tierce, et ont presque toujours cédé au sulfate de quinine. Quelques praticiens ont employé avec succès les évacuans. Enfin, plusieurs de nos confrères ont mentionné des fièvres quartes qui durent depuis l'automne, et contre lesquelles sont venues échouer toutes les médications rationnelles et empiriques qui constituent notre arsenal antipyrétique.

Les érysipèles fréquemment observés, soit à la face, soit aux membres, ont tous été traités avec le plus grand succès à l'aide de la méthode expectante, c'est-à-dire, en un mot, qu'ils se sont guéris d'eux-mêmes et sans le secours d'acune médication énergique.

Les rhumatismes aigus se sont encore montrés rebelles à toutes les méthodes de traitement. Le temps seul en a fait justice. Plusieurs médecins ont dit avoir retiré quelques avantages de l'emploi de l'émétique à haute dose, mais principalement pendant la période aiguë de cette affection.

Les fièvres éphémères nous sont apparues en grand nombre, mais la plupart du temps compliquées d'embarras gastriques et caractérisées par une assez forte céphalalgie. Les délayans et la diète au début; vers la fin, de légers minoratifs, ont suffi pour rappeler les malades à la santé. Chez les jeunes gens, des épistaxis abondantes ont accompagné la maladie et l'ont jugée quelquefois.

Les maladies du tube digestif ont été, comme précédemment, peu nombreuses et peu graves; cependant quelques dysenteries ont exigé l'emploi des émissions sanguines, etc.

Enfin, l'on a encore signalé quelques petites véroles confluentes ou discrètes, mais tout-à-fait bénignes. Des varioloïdes et beaucoup d'éruptions anomales sont les seules maladies éruptives que l'on ait observées.

Les congestions cérébrales, si fréquentes chez les vieillards pendant les mois précédens, l'ont été beaucoup moins ce mois-ci. Il n'en a pas été de même chez les jeunes sujets : en outre des hydrocéphales aiguës dont un certain nombre d'enfans ont été atteins, il en est d'autres chez lesquels de véritables coups de sang, si l'on peut s'exprimer ainsi, ont été funestes à cause de la rapidité avec laquelle ils ont été frappés, rapidité telle, qu'aucun secours n'a pu leur être administré. Dans d'autres cas

où la marche de la maladie a pour ainsi dire été moins foudroyante, des sangsues derrière les oreilles et les révulsifs sont parvenus à enrayer la marche des symptômes; plusieurs enfans ont été sauvés de cette manière.

Dans notre dernier article, nous avions mentionné l'espèce d'épidémie qui avait enlevé un certain nombre de malades, et qui régnait dans la plaine de l'Hers; cette affection qui, au début, avait offert quelque obscurité par rapport au diagnostic, paraît avoir eu son siége dans l'appareil cérébro-spinal. Au reste, la maladie a à peu près disparu, mais elle a offert dans les derniers temps un phénomène digne de remarque : la périodicité s'est franchement rétablie, et la quinine a produit les plus heureux résultats.

Tableau météorologique.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. O.	N. N. O.	S. E.	
76 c 10m	73 c 15m	15 o	0o 1|4	17 j.	7 j.	7 j.	14 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

De quelques médicamens actifs administrés à doses extraordinaires, par M. Forget.

Comme l'auteur, nous nous indignerions d'abord contre les vices des formules *à priori*, si nous n'étions persuadé que le médecin qui les consulte saura toujours, par sa sagacité, par son esprit d'analyse et d'observation, les apprécier ce qu'elles valent, et les modifier avec discernement, suivant une foule de circonstances isolées ou combinées. Mais, ce que le médecin n'est pas le plus souvent à même de vérifier, c'est l'intégrité, la non sophistication du médicament qu'il met en usage; d'où une foule de résultats trompeurs, désavantageux, funestes. Ne craignons pas de l'avouer : la bonté, l'activité des préparations pharma-

ceutiques, varient suivant les officines ; et, lorsqu'on désire obtenir une médication sûre, il est nécessaire de connaître la main qui les a faites : en vérité, il est beaucoup de vendeurs de remèdes, peu de véritables pharmaciens.

M. Forget voulant mettre dans tout son jour la nullité de ces espèces de codes qu'on nomme formulaires, a essayé plusieurs médicamens actifs, et les a portés, en peu de jours, à des doses qui, d'après les livres cités, devaient être des poisons très-puissans ; cependant leur effet n'a été appréciable, ni pour l'individu, ni pour enrayer la marche de la maladie.

Chez une phthisique de 25 ans, brune, d'assez faible constitution, après avoir épuisé tous les moyens de calmer la toux sèche et fatigante qui la tourmentait, l'eau de laurier-cerise fut portée à la dose quotidienne de 4 onces, sans qu'il en résultât aucun effet sensible. A ce médicament succéda l'eau distillée d'amandes amères à la même dose, sans effet appréciable ; puis le cyanure de potassium, qui, dans trois jours, fut porté à la dose de 3 grains, sans effet nuisible.

Dans un cas de diabètes sucré, l'opium fut porté journellement à 35 et 40 grains, sans qu'il occasionât aucun dérangement.

Dans un rhumatisme aigu compliqué d'endo-cardite, après des saignées répétées et d'autres médications variées, la teinture vineuse de colchique a été élevée, en moins de huit jours, à la dose de 8 onces. Le malade est guéri lentement.

Chez un épileptique de 33 ans, de forte constitution, l'indigo a été porté à la dose de 2 onces par jour, sans donner le moindre dérangement. Pendant le traitement, le malade en a pris 82 onces, ou plus de 5 livres.

Dans un cas de paralysie saturnine, l'extrait de noix vomique a été donné jusqu'à la dose de 12 grains, et la strychnine, jusqu'à la dose de 4 grains.

Il résulte de tous ces faits, que l'art de formuler ne peut être absolu ; que le médecin doit savoir, à l'occasion, s'affranchir des règles généralement admises ; que l'art de traiter les maladies, comme celui de les connaître, ne s'apprend qu'au lit des malades. En respectant les opinions de M. Forget, je crois que ces médicamens, tous très-actifs, doivent être maniés avec prudence et discernement. Il faut avancer en tâtonnant avec mesure ; il y a trop de danger dans la précipitation.

Du Cathétérisme curatif du rétrécissement de l'œsophage, par M. Gendron.

Ce travail est divisé en deux parties : la première est un exposé historique des moyens opposés aux rétrécissemens de l'œsophage : là sont

consignés les modes divers de traitement des grands praticiens, depuis la fin du seizième siècle jusqu'à nos jours; en d'autres mots, depuis les conseils d'Aëtius jusqu'à la pratique des Boyer, des Dupuytren. Il semble résulter de toutes ces recherches, que les médecins ayant jusqu'ici fait trop ou trop peu pour la cure radicale de la dysphagie, leurs essais n'ayant point été couronnés de succès, cette maladie devait être regardée comme incurable, et traitée par les palliatifs. Ainsi la cautérisation, la dilatation œsophagienne, n'ayant point amené d'heureux résultats entre leurs mains, il fallait renoncer à ces moyens, souvent nuisibles, et toujours vains.

Dans la seconde partie, l'auteur démontre, par des faits pratiques, les avantages du cathétérisme de l'œsophage, comme moyen curatif. Deux observations y sont très-détaillées. Le sujet de la première, est une femme de 36 ans, chez laquelle la maladie existait depuis cinq semaines: il y avait eu dysphagie progressive; les liquides, descendus jusqu'au rétrécissement, provoquaient une toux convulsive et des efforts de vomissemens. La malade n'avalait plus les alimens solides, et les liquides en masse ne pouvaient passer : ce n'etait qu'avec beaucoup de lenteur, et presque goutte à goutte, qu'elle parvenait à ingérer le bouillon dans l'estomac. Le cathétérisme de l'œsophage fut pratiqué à plusieurs reprises et avec persévérance pendant quelques jours. La guerison a été complète, et ne s'est point démentie.

Le sujet de la seconde observation était aussi une femme qui, après les symptômes d'une angine tonsillaire et laryngée, fut atteinte de rétrécissement de l'œsophage. Déglutition nulle, altération du timbre de la voix, toux convulsive et gargouillement trachéal : le cathétérisme œsophagien en opéra sûrement la cure radicale.

Le siége des rétrécissemens de l'œsophage, d'après Tulpius, Verheyen, Heister, est plus spécialement la partie de ce conduit qui correspond aux cinquième et sixième vertèbres dorsales. Chez les deux malades de M. Gendron, l'obstacle à la déglutition était situé au cou, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde et correspondant aux cinquième et sixième vertèbres cervicales. Il croit à une fistule œsophago-trachéale, et se fonde sur deux séries de phénomènes physiologiques: 1.° passage des liquides de l'œsophage dans la trachée-artère, toux expulsive, etc; 2.° passage de l'air de la trachée dans l'œsophage, altération de la voix dans l'exercice de la parole. Pour opérer, l'instrument le plus commode est une tige de baleine flexible, épaisse d'une ligne, large de deux, longue de seize pouces. Chaque extrémité est garnie d'éponges solidement fixées, dont les diamètres sont inégaux et doivent varier suivant les circonstances. Avec une éponge de quatre lignes, mais qui, par la pression, se réduisait à deux lignes de diamètre, l'auteur a pu franchir d'emblée un rétrécissement qui refusait presque entièrement passage aux liquides.

Une précaution essentielle dans le manuel opératoire, dit l'auteur, c'est de soutenir et de relever d'une main toute la partie antérieure et saillante du cou, pendant que l'autre pousse le cathéter; sans cela, l'œsophage, alongé, pourrait être rompu. Il est nécessaire de remarquer qu'après avoir dépassé l'obstacle, on doit faire exécuter à l'instrument des mouvemens de va et vient.

Recherches sur l'usage externe de la Vératrine, par M. Florent Cunier.

Cet alcali, découvert en 1819 par MM. Pelletier et Caventou, a été souvent essayé, et les recherches des médecins français, anglais, allemands, américains, démontrent qu'il agit spécialement sur le système nerveux; que le cervelet, la moelle épiniaire, les nerfs qui en émanent, et le système ganglionnaire, en sont les premiers affectés.

Administrée à l'intérieur, la vératrine produit des symptômes fâcheux qui ont fait abandonner ce mode d'emploi. Dans ces dernières années, plusieurs praticiens l'ont essayée à l'extérieur avec succès, contre les névralgies, les rhumatismes, les arthrites. C'est aussi contre ces affections, que l'auteur l'a expérimentée, et du résultat de ses expériences on peut, je crois, conclure, 1.° que cette substance n'a réellement produit d'effet qu'autant que son emploi a été secondé par l'usage des sudorifiques, qui, employés seuls, n'ont pas donné les mêmes résultats; 2.° que la vératrine agit d'autant mieux, que quelques portions du système nerveux seulement sont affectées; 3.° que, dans le rhumatisme, elle a été plus nuisible qu'utile; 4.° que la vératrine paraît agir sur le nerf affecté, en changeant son mode de sensibilité. Son action sur les autres organes n'est pas toujours innocente.

Lorsque cet alcali n'est point dissout dans l'alcool avant d'être incorporé à l'axonge, il a l'inconvénient de produire une éruption de petits boutons qui gênent beaucoup les malades; aussi l'auteur, par le procédé de Neuber pour la préparation de l'huile opiacée, a-t-il obtenu une huile de vératrine, qui s'incorpore plus facilement à l'axonge, et peut même être unie à l'ammoniaque, et constituer un liniment de vératrine.

Il ne faut pas se dissimuler que ce médicament, très-actif, est dangereux, et que son emploi, même à l'extérieur, exige l'attention la plus grande. Il faut le surveiller, surtout lorsqu'on a à traiter des personnes qui souffrent de la poitrine : presque toujours il est accompagné, dans ces cas, d'une toux sèche, fatigante, qui deviendrait fâcheuse.

UN MOT SUR LE MAGNÉTISME ANIMAL.

Le magnétisme, après avoir reçu un si grand échec dans le rapport de M. Dubois, d'Amiens, au sein de l'Académie, n'a point été anéanti : il a relevé noblement sa tête, et semble vouloir encore parler plus haut. Ses partisans ont redoublé de zèle et de volonté, et des lettres de Bordeaux, de Montpellier, ont fait retentir la France des faits, à la vérité si étranges et si peu vraisemblables, qu'on serait disposé à les révoquer en doute, si des témoins oculaires, nombreux et dignes de bonne foi, ne les affirmaient.

Tout récemment, M. Pigeaire, de Montpellier, annonce que sa fille, âgée de 11 ans, entre autres choses extraordinaires, lit, les yeux fermés et recouverts d'un mouchoir ou d'un bandéau de taffetas noir. Cette expérience a été faite nombre de fois en présenee de plus de quarante personnes, et notamment de MM. Lallemand, Lordat, Delmas, Eustache, etc. Félicitons M. Pigeaire ; il a tenu le défi de M. Burdin, et quasi gagné le prix de 3,000 fr. qu'il destine à celui ou à celle qui pourra lire sans le secours de la lumière, des yeux et du toucher. Sa somnambule lira, les yeux fermés, et en passant ses doigts sur une glace dont on couvrira le livre ou le manuscrit ; mais elle ne saurait se passer de la lumière.

Toulouse n'est point restée en arrière ; elle a aussi ses magnétiseurs. J'ai été témoin des faits extraordinaires produits par la volonté vraiment puissante de M. le docteur Laffon dont l'amitié m'est si chère. Ici point de charlatanisme. D'abord, je ne pus croire ce que je voyais ; mais, après des expériences suivies, j'ai été forcé de céder devant la vérité. J'ai vu la somnambule de M. Laffon, endormie dans trois minutes, cataleptique à sept, supportant, sans sourciller, l'ustion de la peau, dans toute son épaisseur, sur l'avant-bras gauche, dans l'étendue de 6 lignes carrées ; obéir dans l'instant aux mouvemens que la volonté du magnétiseur, placé à deux pas derrière elle, lui commandait du doigt ; et, chose plus surprenante, un verre d'eau magnétisé avec l'intention de lui donner le parfum dont j'avais respiré le nom (passez-moi le mot) à l'oreille de M. Laffon, la somnambule l'a deviné au goût ; soupçonnant qu'elle pût m'entendre, j'écrivis : *à la vanille*, et présentai le papier au magnétiseur : quel ne fut pas mon étonnement lorsque, après la première gorgée, la somnambule s'écria : Je n'en boirai plus, ça sent trop la vanille.

Comment ne pas croire à une puissance magnétique devant de tels faits dépouillés de tout charlatanisme ? Je regrette infiniment que les expériences de M. Laffon, dont la moralité est hors de toute atteinte, aient trouvé des obstacles qu'il aurait pu renverser, mais qu'il a respecté par égard, et dans l'intérêt de sa malade.

Popis.

TRAVAUX ORGINAUX.

SUITE DU MÉMOIRE ANALYTIQUE ET STATISQUE

Sur quarante cas de phlegmasies aiguës de l'organe pulmonaire (fluxions de poitrine), observées dans l'exercice de la médecine à la campagne ;

PAR M. A. GAUSSAIL.

SECONDE PARTIE.

ANALYSE ET STATISTIQUE.

§ 1.er — *Médication par les évacuations sanguines.*

Il est peu de médecins qui ne connaissent aujourd'hui les avantages que M. Bouillaud retire, dans certaines maladies aiguës, de sa nouvelle formule des évacuations sanguines, qu'il a appelée méthode des saignées *à haute dose*, ou *coup sur coup*. Appliquée surtout au traitement de la pneumonie, elle en abrégerait la durée, la jugulerait, suivant l'expression du professeur ; et, après des résultats un peu moins satisfaisans, elle serait parvenue à ne faire perdre qu'un malade sur huit ; tandis que, par les saignées modérées, on en perdrait un sur trois ou sur quatre.

En présence d'une différence aussi frappante, et l'orsqu'on sait que des résultats comparativement si désavantageux ont été obtenus par des praticiens du premier mérite, tels que MM. Cayol, Chomel et Louis, il faut nécessairement rester dans le doute, ou chercher à s'éclairer par ses propres observations.

C'est pour adopter ce dernier parti, que j'ai entrepris ce mémoire ; mais ce n'a été, je l'avoue, qu'après avoir longtemps douté, et qu'après m'être adressé bien des fois les questions suivantes :

1.° Les malades se trouvaient-ils, de part et d'autre, dans des conditions identiques d'âge, de sexe, de tempérament, de gravité du mal ?

2.° Ne pourrait-il pas se faire que les malades de M. Bouillaud guérissent tout aussi bien, sans ces évacuations excessives ?

3.° S'il était rigoureusement démontré que cette méthode curative offre seule le plus de chances de guérison, ne serait-ce pas bien malheureux pour les malades des campagnes, que leur éloignement priverait plus d'une fois de ses bienfaits ?

Tels sont donc les motifs qui m'ont conduit à interroger consciencieusement les faits soumis à mon observation, et que je vais d'abord exposer en totalité dans un tableau synoptique indiquant les résultats obtenus suivant les circonstances les plus importantes.

Tableau de la Mortalité.

1.° SUIVANT LA NATURE DE LA MALADIE.	NOMBBE.	GUÉRIS.	MORTS.	NOMBRE ÉGAL.
Pleurésies simples	2	2	»	2
Broncho-pleurites (côté droit)	1	1	»	1
Broncho-pleurites (côté gauche)	4	4	»	4
Pneumonies (côté droit)	3	2	1	3
Pneumonies (côté gauche)	1	1	»	1
Pleuropneumonie (côté droit)	19	12	7	19
Pleuropneumonie (côte gauche)	10	8	2	10
Total	40	30	10	40
2.° SUIVANT LE SEXE.	**NOMBRE.**	**GUÉRIS.**	**MORTS.**	**NOMBRE ÉGAL.**
Hommes	27	19	8	27
Femmes	13	11	2	13
Total	40	30	10	40
3.° SUIVANT L'AGE.	**NOMBRE.**	**GUÉRIS.**	**MORTS.**	**NOMBRE ÉGAL.**
Au-dessus de 60 ans	10	6	4	10
De 40 à 60 ans	12	8	4	12
De 20 à 40 ans	11	10	1	11
De 10 à 20 ans	4	3	1	4
Au-dessous de 10 ans	3	3	»	3
Total	40	30	10	40
4.° SUIVANT QUE LA SAIGNÉE A ÉTÉ PLUS OU MOINS RÉPÉTÉE, OU QU'ELLE A ÉTÉ OMISE.	**NOMBRE.**	**GUÉRIS.**	**MORTS.**	**NOMBRE ÉGAL.**
Malades saignés trois fois	3	3	»	3
Malades saignés deux fois	8	7	1	8
Malades saignés une fois	22	19	3	22
Malades qui n'ont pas été saignés	7	1	6	7
Total	40	30	10	40

Laissons de côté les trois premiers tableaux, qui n'ont, d'ailleurs, pas besoin de commentaires, pour nous occuper de de celui qui se rapporte à l'emploi de la saignée.

Ses résultats pris en masse ne sont pas très-avantageux, puisqu'il n'a été guéri que les trois quarts des malades; mais si nous examinons séparément les quatre divisions qu'il présente, nous voyons : 1.° que sur trois malades saignés trois fois, il n'y a pas eu de décès; 2.° qu'il n'y en a eu qu'un sur les huit malades saignés deux fois; 3.° que les résultats sont, à peu de chose près, aussi favorables chez ceux qui n'ont été saignés qu'une fois, puisqu'il n'y a que trois morts sur vingt-deux malades; 4.° enfin, que c'est bien évidemment la division des malades chez lesquels la saignée a été omise, qui augmente la proportion totale de la mortalité, car elle a été de six sur sept. Mais comme la vérité est le premier élément de toute statistique, je dois ici entrer dans quelques explications.

Sur ces sept derniers malades, deux seulement ont été traités exclusivement par moi; des circonstances particulières m'avaient éloigné de l'emploi de la saignée : de ces deux malades, l'un guérit, l'autre succomba. Les cinq restans, confiés à d'autres praticiens, et traités par les applications de sangsues, les vésicatoires, le sulfate de quinine etc., n'ont été vus par moi qu'une fois ou deux en consultation, et à une époque de la maladie où il était impossible de rectifier le traitement adopté.

Il est évident que ces cinq cas ne sauraient entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit d'apprécier les résultats de la saignée plus ou moins réitérée; et alors il nous reste trente-cinq malades, dont deux seulement n'ont pas été saignés, et sur lesquels il n'y a eu que cinq décès : c'est justement un sur sept, résultat analogue à celui qu'ont obtenu long-temps les saignées à *haute dose*, et cependant nous sommes loin d'avoir atteint le terme moyen de cette médication, qui est de quatre saignées générales, sans compter le sang retiré par les ventouses et les sangsues.

J'ai hâte de dire que je n'ai nullement l'intention de censurer la méthode de M. Bouillaud, car personne plus que moi n'est disposé à rendre hommage au talent observateur

et au mérite de ce professeur ; je signale seulement les conséquences des faits que j'ai observés, et sans leur donner une importance plus grande que ne le comporte leur nombre.

On pourrait m'objecter que j'ai fait entrer dans mes calculs deux cas de pleurésie simple ; mais leur suppression n'infirmerait pas notablement les résultats obtenus, et je puis affirmer qu'à l'exception de six cas au plus, dans lesquels se trouvent compris les deux précités, tous ceux qui figurent dans mon tableau présentaient un degré de gravité qui faisait porter un pronostic défavorable.

Il se présente maintenant une double question qui va faire l'objet de mon examen. La méthode de M. Bouillaud est-elle applicable à tous les cas de pnemmonie ? serait-elle toujours sans inconvéniens ?

Sans parler des constitutions épidémiques, il est des malades qui ont une tendance à l'adynamie dès le début d'une pneumonie (voy. obs. 3.me et 4.me); certaines de ces maladies nous représentent fort bien celles que les anciens appelaient fluxions de poitrine catharrhales ; les cinq cas présentés sous le nom de broncho-pleurite me paraissent de ce nombre, car, chez quatre de ces malades, il y eut du sang dans les crachats, et chez le cinquième l'expectoration n'eut pas lieu. Enfin, il est constant que la pneumonie revêt quelquefois la forme bilieuse; dans de semblables circonstances, je le demande, n'y aurait-il pas de la témérité à pousser trop loin les émissions sanguines ?

Quelques médecins modernes dédaignent peut-être un peu trop ce que les anciens nous ont laissé sur les crises et sur l'état de crudité et de coction dans les inflammations de poitrine. S'il est vrai que l'expectoration est la crise naturelle de la pneumonie, il est hors de doute aussi que les forces sont nécessaires pour l'accomplissement de ce phénomène. C'était là, du moins, l'opinion de Morgagni, dans l'immortel ouvrage duquel on ne trouve pas seulement des détails anatomiques, mais aussi des enseignemens bien dignes d'occuper les loisirs et les méditations des praticiens.

Après avoir dit que rien n'accélère plus la mort dans la péripneumonie que la suppression des crachats, cet auteur célèbre parle d'un vieillard qui mourut rapidement à la

suite d'une saignée qui supprima l'expectoration facile jusqu'alors, et il se livre, à cette occasion, aux réflexions suivantes, que je cite textuellement.

« Hanc autem (la suppression des crachats), sæpe acci-
» dere propter intempestivas, præsertim in senibus, mis-
» siones sanguinis, etiam omittimus. Quamquam plures sunt
» medici qui ægros ob id interimunt quia nesciunt ipsi
» quiescere. Quos inter seniorem quemdam olim novimus,
» qui iteratis usque et usque venarum sectionibus, vehemen-
» tiam quidem frangebat peripneumoniæ, sed ægris, adeò
» vires demebat, ut plerique cum expectorare non possent;
» in ipsâ morbi declinatione suffocarentur, quandò ibidem,
» in eâdemque constitutione, alter medicus qui sanguinem
» quidem mittebat sed non extrâ modum, penè omnes ser-
» vabat. [1] »

Et cependant Morgagni n'était pas ennemi de la saignée : « Est inquam certe, vel senibus in hoc morbo sanguis de-
» trahendus, et detraxi ipse; cum res tulit et licuit; etiam
» duobus continentibus diebus. [2] »

Il cite ensuite le cas d'une femme avancée en âge, auprès de laquelle il ne fut appelé que le cinquième jour de la maladie. Après avoir fait remarquer, car rien ne lui échappe, que le sang retiré était très-couenneux, il ajoute : « Sed plus
» non detraxi in dies illos singulos quam uncias quinas,
» quantum videlicet sinebant vires, non eæ modum quæ tum
» erant, sed et quæ expectorationis causâ servandæ fue-
» rant. [3] »

En résumé, l'état des forces et celui du pouls sont les meilleurs indicateurs que l'on puisse suivre. Si le pouls perd de sa dureté et de sa tension ; si, avec ce changement, la respiration est plus libre, la douleur moindre, la toux moins pénible, l'expectoration plus aisée, et cela après une première ou une seconde saignée, pourquoi la réitérer encore, alors que tout annonce une résolution prochaine ? Je ne me rappelle qu'un seul cas, dans lequel j'ai eu a regretter de n'avoir pas plus largemeut usé de ce moyen.

[1] *De sed. et caus. morb.*, epist xx, n.° 23, pag. 571.
[2] *Ibid.*
[3] *Ibid.*

Un meûnier, fort et vigoureux, fut pris d'une pleuropneumonie droite, après être entré dans une cave le corps étant en sueur. Quelques jours avant d'avoir été appelé auprès de lui, je m'étais trouvé en consultation avec M. Izard [1], qui observait alors dans la contrée qu'il habitait une épidémie de fluxions de poitrine. « Je me trouve fort mal des saignées, » me dit-il; les sudorifiques et les vésicatoires me réussissent » mieux. » Préoccupé de cette idée, et croyant reconnaître chez mon malade quelques-uns des caractères signalés par cet honorable confrère, savoir, la toux presque convulsive, la violence de la douleur, et le peu de développement du pouls, je n'employai qu'une saignée et une application de sangsues; j'eus peut-être trop tôt recours au vésicatoire. Les symptômes persistèrent avec une intensité croissante, et le malade succomba le sixième jour.

Malgré la répugnance que j'ai dit exister pour la saignée, j'ai pourtant eu l'occasion de remarquer chez les malades un sentiment bien prononcé du besoin qu'ils avaient de per-

[1] Qu'il me soit permis de consacrer quelques lignes à la mémoire de ce praticien dont le nom appartient, d'ailleurs, à la science; car si une fin prématurée a anéanti le projet qu'il avait de publier quelques-uns de ses travaux, parmi lesquels je puis citer son *Mémoire sur les lois de la révulsion, couronné en* 1832 *par la Société médicale d'émulation de Paris,* ils n'en existent pas moins dans les archives des Académies, dont ils lui ont mérité les palmes et les suffrages.

Nourri des préceptes des anciens, mais sachant en faire une judicieuse application; observant avec un tact et un discernement que l'on rencontre rarement, et en même temps avec une simplicité et une modestie tout aussi rares peut-être, M. Izard aurait utilement servi les intérêts de la science qu'il aimait avant tout, s'il eût été placé sur un autre théâtre; mais retenu, par des affections de famille, dans un petit village de la Haute-Garonne, ses connaissances et ses précieuses qualités lui servirent seulement à acquérir une réputation méritée, et bien plus étendue qu'on ne peut l'espérer dans une position moins défavorable.

Il y a deux ans que M. Izard a terminé, à un âge peu avancé, une existence bien remplie, mais incessamment traversée par des souffrances auxquelles n'étaient pas étrangères son ardeur pour l'étude et les fatigues inséparables de notre profession. Sa perte laisse dans nos contrées des regrets bien sentis, surtout parmi ses jeunes confrères, dont il était souvent le conseil et toujours l'ami.

saignées. Je dirai aussi que, dans trois cas, croyant avoir affaire à un simple point pleurétique, et ayant en conséquence prescrit des sangsues, l'expectoration sanglante et les autres signes de la pleuropneumonie se sont manifestés immédiatemeut après leur application.

§ 2. — *Médication par les vésicatoires.*

Sur les trente-trois malades qui ont été saignés, on a eu recours au vésicatoire sur la poitrine chez dix-huit, dont trois sont morts. Avec cette première application, quatre malades ont eu aussi des vésicatoires aux jambes et chez quatre autres, cette application éloignée a été seule mise en usage. Il n'y a pas eu de mort parmi ces huit derniers ; en sorte que dix guérisons ont été obtenues sans le secours de cette médication, puisqu'il y a un décès sur les onze malades chez lesquels elle n'a pas été employée.

Les sept malades chez lesquels la saignée a été omise ont eu un vésicatoire sur le point douloureux ; trois en ont eu un à chaque jambe ; mais la mortalité ayant été de six sur sept, nous pouvons en conclure que la médication par les visicatoires, alors que la saignée n'a pas été préalablement mise en usage, n'est guère capable d'empêcher la terminaison funeste de la maladie.

A l'emploi des vésicatoires dans les pleuropneumonies viennent se rattacher des principes de physiologie pathologique, principes entrevus déjà par Hippocrate, mais fécondés plus tard par l'école de Montpellier, qui rendit un service immense à la pratique en formulant les règles de la dérivation et de la révulsion.

Quoique les effets de ces deux modes de médication se rapprochent beaucoup, il ne faut pourtant pas les confondre ; car, dans aucun cas, il ne peut être indifférent d'agir d'une manière révulsive ou dérivative. Voici, du reste, comment s'explique à cet égard le célèbre Barthés : « Lorsque dans une » maladie la fluxion sur un organe est imminente, qu'elle s'y » forme, ou qu'elle s'y renouvelle par reprises, on doit lui » opposer des évacuations révulsives par rapport à l'organe ; » elles sont perturbatrices des mouvemens fluxionnaires ».

» Lorsque la fluxion est parvenue à un état fixe, on doit

dre du sang. Celui qui fait le sujet de la seconde observation était de ce nombre. Il accepta avec empressement ma proposition de le saigner, et il en fut de même lorsqu'elle dut se réitérer, tandis que tous les assistans jetaient les hauts cris après l'avoir entendue. Cette remarque fut surtout frappante pour moi dans le cas suivant, dont le sujet appartenait, il est vrai, à la classe éclairée.

C'était un chasseur intrépide, jouissant d'une vigoureuse santé, quoique âgé de 68 ans. Il était au dixième jour d'une pleuropneumonie droite, qui, méconnue, ou à peu près, avait été traité au début par une application de sangsues sur la douleur, et ensuite par les anti-périodiques, dans le but d'arrêter les paroxysmes, ou mieux les exacerbations fébriles qui se manifestaient tous les soirs. Lorsque je fus rendu auprès du malade, il me dit, avec une énergie d'expression qui lui était familière, et que je ne puis reproduire : *Je vous ai appelé parce que... Ils n'ont pas voulu me saigner, j'ai pensé que vous me saigneriez vous, et je sens que cela me guérira.*

Cependant l'auscultation et l'ensemble des symptômes généraux indiquaient que le poumon droit se trouvait à l'état d'hépatisation purulente : le cas était des plus graves, et son issue funeste n'aurait pas manqué d'être attribuée à la saignée, dont les résultats étaient, d'ailleurs, plus que douteux. Aussi j'y renonçai après quelques hésitations, alors surtout que le médecin qui voyait habituellement le malade se refusa à sanctionner, par son imposante autorité, l'emploi de ce moyen, et voulut employer le tartre stibié à haute dose. Cette médication, quoique bien supportée, n'empêcha pas la mort, qui survint dans la nuit du lendemain.

Je dirai peu de choses des saignées locales ; elles ont été mises en usage dans tous les cas, à l'exception de six ; mais presque toujours avec une parcimonie obligée, souvent aussi avec inexactitude de la part des personnes chargées d'appliquer les sangsues, car les ventouses scarifiées n'ont jamais été employées ; en sorte que l'influence de cette médication est douteuse pour moi, au moins dans la moitié des cas.

Je renverrai pourtant à la cinquième observation, et je rappellerai que la douleur de côté, très-violente, céda sans retour à une application de sangsues, après avoir résisté à trois

» préférer, en général, les évacuations dérivatives qui se pro-
» voquent sur les parties voisines de l'organe affecté ».

Ainsi, dans la pleuropneumonie, on a généralement recours aux vésicatoires, après que les antiphlogistiques directs ont été employés, et n'ont pu enlever totalement la phlegmasie. Alors *la fluxion est fixe*, et il convient d'agir d'une manière dérivative; aussi, se trouvera-t-on mieux des vésicatoires appliqués sur les parois du thorax, que de ceux qu'on placerait à un endroit éloigné: l'irritation qu'ils détermineraient serait impuissante pour favoriser la résolution.

Ce serait, sans contredit, s'exposer à aggraver la maladie, que d'appliquer des vésicatoires à une époque trop rapprochée de son début: ce n'est que lorsque l'appareil phlegmasique a perdu de son intensité que l'on peut y avoir recours. Je dois dire, toutefois, que, dans quatre cas de pleuropneumonie, la douleur paraissant prédominer après une ou deux saignées, je me suis bien trouvé d'un vésicatoire appliqué pendant peu de temps et successivement sur deux ou trois points, de manière à ce qu'il rubéfiât la peau sans produire des phlyctènes. J'ai employé deux fois seulement le vésicatoire avec interposition d'un papier de soie huilé; l'ayant l'aissé d'abord pendant quarante-huit heures, ainsi que le recommande M. le professeur Cruveilher, j'obtins une ampoule, comme dans les cas ordinaires, mais il y eut peut-être moins de douleur. Dans le second cas (obs. 3.me), je le laissai seulement pendant douze heures, et j'obtins ce que je voulais, une rubéfaction de la peau.

Dans tous les cas où je juge nécessaire l'application des vésicatoires sur la poitrine, j'ai le soin d'agir sur une large surface, et j'emploie pour cela des emplâtres de forme ovale qui, placés sur l'angle des côtes, s'avancent en même temps sur la partie antérieure et postérieure. Je crois qu'il est moins nécessaire de faire suppurer ces plaies si étendues, et qu'à moins d'indications particulières, cette première action dérivative, suivie d'ailleurs d'un écoulement plus ou moins considérable de fluides, suffit pour le but qu'on se propose d'atteindre.

Je n'ai employé les vésicatoires aux jambes que dans les cas de complication adynamique ou ataxique, en sorte que je ne puis rien indiquer qui m'appartienne sur l'action que pour-

rait avoir cette application dans les phlegmasies pulmonaires simples ; mais dans les cas qui l'ont réclamée, je dois dire que ses résultats ont été des plus rapides et des plus efficaces.

§ 3. — *Médication par les préparations antimoniales.*

1.° *Tartre stibié à haute dose.* — Il n'a été employé que deux fois, une fois chez un malade qui n'avait pas été saigné, et qui succomba ; une autre fois chez une femme de 66 ans, affectée de pleuropneumonie au deuxième degré, qui avait été saignée une fois, et qui guérit. Si je voulais étendre ces considérations, je n'aurais qu'à compulser et à commenter les faits que possède la science sur l'emploi de l'émétique à haute dose ; mais il vaut mieux examiner un autre mode d'administration de ce sel antimonial.

2.° *Looch émétisé.* — Rivière et Stoll, si je ne me trompe, administraient le tartre émétique à dose vomitive, et n'attendaient de lui que l'évacuation des matières nuisibles qu'ils croyaient entretenir la pneumonie. Ce n'est pas de ce mode d'administration que je veux parler, je n'en conçois pas même l'indication, à moins qu'il n'existe une turgescence bilieuse bien prononcée, car, dans les cas ordinaires, les secousses du vomissement doivent singulièrement fatiguer les malades, et me paraissent plutôt nuisibles qu'utiles. Celui que j'indique, et que je ne sais à qui attribuer, consiste à faire prendre, dans les vingt-quatre heures, et par cuillerées plus ou moins rapprochées, un looch gommeux de six onces, additionné d'un grain ou de deux grains au plus de tartre stibié.

L'émétique a été administré de cette manière à neuf pleuropneumoniques, dont trois avaient été saignés deux fois, et six une fois seulement, et qui ont tous guéri. Chez tous, la maladie était au second degré, et l'état des forces ne permettait pas de saigner davantage. Des symptômes bilieux ont été remarqués dans deux cas seulement. Cette médication a été continuée, une fois pendant quatre jours, trois fois pendant trois jours et cinq fois pendant deux jours ; elle a été suspendue après qu'une amélioration bien décidée s'est prononcée.

Le looch émétisé a toujours été bien supporté par les malades ; jamais il n'a produit de vomissemens ; deux fois il a donné lieu à des nausées, cinq fois il a produit de deux à six

selles liquides, dans vingt-quatre heures; trois fois l'expectoration a été rendue plus facile; enfin, dans tous les cas, il y a eu une diaphorèse générale, qui s'est continuée pendant l'usage du médicament, et même, chez deux malades, un et deux jours après sa suspension. Il est bon de remarquer qu'une fois seulement il y avait tendance à la sueur avant l'administration du looch émétisé. Ce résumé présente pour résultat principal la tolérance observée pour l'émétique ainsi administré, et la manifestation de la transpiration cutanée qui ne saurait être considérée comme une simple coïncidence.

Les explications n'ont pas manqué sur le mode d'action de l'émétique dans la pneumonie. Laennec a avancé que ses effets étaient d'autant plus marqués, qu'il produisait moins d'évacuations. M. Rayer soutient une assertion tout opposée, et il est évident que cette contradiction n'éclaire guère la question relative à l'action révulsive que l'émétique exercerait sur le canal digestif. Il est évident aussi que si telle était sa manière d'agir, et qu'il n'en eût point d'autre, on est en droit de se demander pourquoi l'on n'obtient pas de semblables effets à l'aide de révulsifs bien plus énergiques. S'il m'est permis d'énoncer mon opinion, je dirai que, comme Laennec, je crois que l'émétique agit d'une manière d'autant plus favorable, qu'il détermine moins d'évacuations, par le vomissement surtout. Je pense aussi que l'influence qu'il exerce sur les sécrétions intestinales, rénales et cutanées, demande à être encore étudiée, et qu'en suivant cette voie, on trouvera peut-être la véritable explication de son action curative.

Au reste, le tartre stibié, de quelque manière qu'il soit administré, ne constitue qu'un moyen accessoire de traitement, *destiné seulement*, comme le dit M. Rayer, *à augmenter les chances de la guérison que les émissions sanguines doivent surtout décider*. Je crois aussi que, dans la majorité des cas, le looch émétisé, par cela même que la tolérance s'établit mieux pour lui, qu'il entraîne moins de danger, que son action sur la peau est surtout évidente, doit être préféré à l'administration du tartre stibié à haute dose.

3.° *Oxide blanc d'antimoine.* — Certains praticiens ont préconisé ce médicament avec enthousiasme, d'autres l'ont considéré comme une poudre inerte, et, chose singulière, les uns et les

autres ont également invoqué les faits à l'appui de leur opinion. L'emploi que j'en ai fait ne me permet guère de me prononcer, mais me laisse penser qu'il y a eu de l'exagération de part et d'autre.

Sur dix malades auxquels l'oxide blanc fut administré, deux seulement n'avaient pas été saignés : l'un guérit, l'autre succomba. Les huit autres malades avaient été saignés, savoir : un, deux fois, et sept, une fois. Dans cinq cas, l'action de ce médicament n'a pas été appréciable ; dans les cinq autres, il y a eu, une fois, sueur abondante et prolongée, et quatre fois, diarrhée sans colique. La maladie, qui avait paru rester stationnaire, a marché évidemment vers la résolution dès l'apparition des phénomènes signalés.

4.° *Kermès minéral.* — Il n'a été employé que comme incisif et expectorant ; ses résultats m'ont paru douteux, et je ne crois pas devoir en parler plus longuement.

Je termine en indiquant une médication peu usitée, je crois ; elle consiste à administrer l'ammoniaque liquide dans la période extrême de la pneumonie. C'est à mon ami le docteur Vivent que je dois la connaissance de ce mode de traitement, qu'il m'a dit avoir employé avec succès dans quelque cas. Je n'y ai eu recours qu'une fois chez une femme qui ne figure pas dans mes tableaux, et qui m'avait été confiée par un confrère, obligé de s'absenter. Je n'en obtins aucun résultat avantageux ; je fus même obligé d'en suspendre l'usage.

Nous avons, au reste, l'intention de revoir, avec M. Vivent, les observations qu'il possède, et, si elles présentent de l'intérêt sous le rapport thérapeutique, nous les ferons connaître aux lecteurs du *Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse.*

DES PÉRIODES DANS LES MALADIES,

PAR J. P. CAFFORT,

DOCTEUR-MÉDECIN, CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU DE NARBONNE, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC.

Le diagnostic est, en médecine, le point le plus essentiel et en même temps le plus difficile. Beaucoup de médecins croient

avoir tout fait quand ils sont parvenus à préciser le siége de la maladie; mais ce n'est là qu'une partie du jugement qu'il faut porter, et, disons-le franchement, c'est devenu la partie la plus facile par les travaux des modernes. Outre le siége de la maladie ; il faut en connaître et la nature, et les périodes, car, sans cela, le diagnostic est nécessairement incomplet, et nous sommes encore incapables de dire quelles sont les indications à remplir. Il ne suffit pas, par exemple, de dire : Le cerveau est malade, il faut encore savoir quelle est la nature du mal et à quel degré il est malade, si nous voulons prescrire le traitement convenable pour combattre cette affection. J'aurai occasion, dans ce journal, de traiter de ces diverses choses relativement au diagnostic; aujourd'hui je vais me contenter de parler des périodes dans les maladies. Ce sujet me paraît avoir été été très-négligé, ou, du moins, n'avoir été étudié que superficiellement et, à mon avis, il est d'une grande importance, et mérite beaucoup d'attention de la part du praticien. Le lecteur en jugera facilement pour peu qu'il veuille méditer avec soin ce que je vais en dire, et verra, je pense, que mes principes sont d'une application utile au lit des malades.

On nomme *périodes* dans une maladie, les diverses phases par lesquelles elle passe depuis son début jusques à sa terminaison. Parmi les pathologistes, les uns admettent trois périodes, d'autres cinq, quelques-uns vont jusqu'à huit. Ces périodes ne portant ni sur les altérations anatomiques, ni sur les caractères physiologiques, il est évident qu'on peut les multiplier à l'infini, puisque leur détermination est laissée à l'arbitraire du médecin. J'espère qu'il n'en sera pas de même lorsqu'on aura réfléchi aux bases sur lesquelles je propose de fonder ces périodes; alors on verra que tout y est fixe et déterminé.

Parmi les pathologistes, ceux qui reconnaissent trois périodes les désignent sous les noms d'*accroissement*, d'*état* et de *déclin*. Ces périodes sont précédées, suivant d'autres, de l'*incubation* et de l'*invasion*. Toutes ces divisions ne peuvent être évidemment d'aucune utilité dans la pratique; elles n'indiquent pas autre chose qu'un lieu commun, une de ces vérités proverbiales sans aucune portée : en effet, tout le monde sait qu'une maladie *débute*, qu'elle *augmente*, quelle est quelquefois *stationnaire*, et puis qu'elle *décline*, si toutefois le malade ne meurt

pas. Or, en pathologie, pouvons-nous nous contenter de connaissances aussi vagues, aussi incertaines? Pouvons-nous en tirer quelque chose d'utile pour le traitement des maladies? Je ne pense pas qu'on puisse sérieusement soutenir une telle opinion.

Après avoir médité long-temps sur les périodes des maladies, je vis que leur division ne pouvait avoir d'autre fondement que l'altération des fonctions, ou, en d'autres termes, que les symptômes propres aux maladies. Sous le rapport pathologique, les fonctions doivent être partagées en deux classes bien distinctes, et qu'il importe beaucoup de ne pas confondre. La première classe, que je nomme fonctions générales, comprend celles qui s'exécutent dans toutes les parties du corps, qui sont communes à tous les organes, et sans lesquelles la vie ne pourrait exister dans aucun point de l'économie; ce sont : l'innervation, la circulation capillaire, la nutrition, et l'exhalation cellulaire. J'ai démontré, dans un *Mémoire sur les caractères anatomiques et physiologiques de l'inflammation*, que ces quatre fonctions, lorsqu'elles étaient altérées, constituaient l'origine de l'anatomie pathologique : mais j'ajoute maintenant qu'elles ne peuvent pas servir de base à la division des périodes, parce que les altérations moléculaires auxquelles elles donnent naissance sont le plus souvent trop peu sensibles et même fréquemment inapercevables.

Les fonctions de la seconde classe sont celles qui sont particulières à tel ou tel organe. Ainsi les facultés intellectuelles sont l'apanage du cerveau, la respiration n'est dévolue qu'aux poumons, l'urine est produite exclusivement par les reins, etc., etc. Or, tout changement opéré dans ces fonctions particulières peut être facilement reconnu, et doit servir de base à la division des périodes.

Voilà maintenant le fondement sur lequel doivent être bâties nos périodes, bien assis, bien déterminé. Nous n'avons plus actuellement qu'à y établir dessus notre division; nous ne devons pas tomber dans le reproche que nous avons adressé au plus grand nombre des pathologistes, de laisser cette division vague et indéterminée, de la livrer à l'arbitraire du médecin.

Lorsqu'on étudie avec soin les altérations que peuvent subir les fonctions particulières aux organes, et qu'on les étudie, non

dans des livres, mais au lit du malade, on ne tarde pas à découvrir que ces altérations sont de quatre genres, ou, pour mieux dire, qu'elles présentent quatre degrés ou quatre périodes, qu'il est, ce me semble, bien facile de reconaître. — 1.er Degré. La fonction est simplement exaltée; elle s'exerce avec plus d'activité que dans l'état de santé. — 2.e Degré. A cette exaltation de la fonction vient se joindre le trouble de cette même fonction, c'est-à-dire que son produit matériel ou immatériel n'est plus comme dans l'état normal. — 3.e Degré. Le trouble de la fonction existe dans ce degré comme dans le precédent; mais, au lieu d'être accompagné de l'exaltation, de l'activité plus grande de cette fonction, il est, au contraire, uni à un état opposé: elle s'exécute dans ce cas avec peine et lenteur. — 4.e Degré. La fonctiou est suspendue ou anéantie. Au premier aspect, cette division paraît, sans doute, peu claire et peu intelligible; mais en la développant, et surtout en l'appuyant d'exemples, on va voir combien elle est naturelle.

1.° Toute fonction particulière à un organe s'opère avec plus d'énergie, plus d'activité qu'en santé; elle est exaltée dans la première période. Ainsi, le cerveau est-il le siége de la maladie, les idées sont exaltées, les mouvemens brusques et constans, la parole est brève, prompte, rapide, et les individus sont loquaces. Les poumons sont-ils malades, la respiration est accélérée. L'estomac ne sent-il pas le besoin presque constant de nourriture dans le premier degré de maladie? Les reins ne sécrètent-ils pas une plus grande quantité d'urine dans cette première période? Quel que soit, en un mot, l'organe que vous examinerez, vous trouverez que lorsqu'une maladie est à son *minimum*, à son premier degré, à sa première période, il n'en résulte pas autre chose qu'une activité plus grande dans cette fonction. Ce changement n'indique autre chose qu'un surcroît d'innervation: or, le degré de l'innervation est réglé par les stimulans, soit extérieurs soit intérieurs: ainsi pour le cerveau, par exemple, ce seront la vue de certains objets, les sons entendus ou les paroles prononcées, etc., ou bien un afflux anormal de sang vers cet organe, qui causeront ce surcroît d'activité dans l'organe encéphalique. C'est précisément à cause que cet état pathologique diffère peu de l'état physiologique, qu'il est souvent méconnu par les médecins, et qu'il échappe même

quelquefois aux malades ; mais le praticien qui en est instruit et qui l'observe se tient sur ses gardes, et sait, dans ces circonstances, arrêter dans son principe une maladie qu'il a prévue.

2.° Dans le second degré ou dans la seconde période, à l'exaltation de la fonction, ai-je dit, vient se joindre son trouble ou sa perversion. Si nous poursuivons les exemples déjà pris, nous voyons que les idées sont, en effet, troublées et exaltées, qu'il y a délire, que les mouvemens et la parole sont également désordonnés ; que, quant à la respiration, il n'y a plus le même rithme entre l'inspiration et l'expiration ; que la digestion est troublée, que les malades désirent des alimens inaccoutumés, qu'ils ont des envies, comme disent les bonnes gens ; que, relativement aux reins, les urines renferment des élémens qu'on n'y voit pas habituellement.

Quelques médecins ne veulent admettre que deux états différens dans chaque fonction, son exaltation ou son affaiblissement ; mais cette opinion ne peut être soutenue sans un aveuglement volontaire, car on ne peut pas se refuser à l'évidence des faits. Que le produit des fonctions soit matériel, comme l'urine, ou immatériel, comme la pensée, il n'en est pas moins évident que la nature de ce produit est changée dans la période que j'examine.

N'étant pas dans l'intention d'écrire ici un article théorique, mais seulement pratique, je n'entrerai pas dans l'explication du trouble des fonctions, cela m'écarterait de mon but, qui est de rendre le diagnostic des maladies plus facile en reconnaissant la valeur pratique des périodes que je propose d'admettre dans le cours des maladies. Plus tard je pourrai donner de l'extension à mes idées sur ce point de physiologie pathologique.

3.° Dans la troisième période, la fonction de l'organe est encore troublée ; mais ce trouble est uni à un affaiblissement de la fonction qui ne s'exécute plus qu'avec difficulté et lenteur. Ainsi, les malades dont le cerveau est affecté à ce degré, ont un délire taciturne ; leurs mouvemens sont lents, leur parole est à peine articulée ; ils sont dans un état presque comateux. La respiration des personnes atteintes d'une maladie des poumons parvenue à cette période est à la fois saccadée et lente ; ce qui occasione l'engorgement de la poitrine. Si l'estomac est le siége

du mal, il ne digère plus que lentement et avec difficulté. Les urines sont rares et troubles quand ce sont les reins qui sont affectés.

4.° La quatrième période, enfin, est caractérisée par la suspension momentanée de la fonction ou par son anéantissement complet. Cette suspension peut avoir lieu sans danger pour certains organes; mais dans ceux dont l'exercice est indispensable pour l'entretien de la vie, comme, par exemple, dans le cerveau, pour peu que cette suspension dure, la mort en est la conséquence inévitable.

Il est bien facile, si je ne m'abuse, de reconnaître dans tous les cas, dès qu'on voit un malade, à quelle période est arrivée sa maladie. Il est, en effet, très-aisé de constater si la fonction de l'organe malade est exaltée, si elle est à la fois exaltée et troublée, ou si elle est troublée et diminuée, ou bien, enfin, si elle est arrêtée, si elle ne s'exécute plus. Peu d'attention suffit, je crois, pour arriver à cette connaissance.

Cette classification a d'autres avantages que celui d'être facilement applicable au lit des malades. Si elle était généralement admise, et qu'on en fît usage dans les observations qu'on publie, elle servirait à classer méthodiquement ces observations et rendrait, par conséquent, l'étude des maladies moins vague et plus fructueuse. Je ne crains pas de dire que l'application de cette division des périodes une fois adoptée, produirait une révolution fort utile dans la manière de décrire les maladies, et rendrait l'étude de la médecine moins pénible et plus claire. Alors réellement tous les médecins s'entendraient parfaitement quand ils diraient: L'affection de l'organe malade était parvenue à telle période.

Le traitement des maladies serait également bien modifié et indiqué avec plus de précision; car tel remède qui convient très-bien dans une période, est inutile ou même nuisible dans telle autre. C'est une vérité reconnue de tous les praticiens, mais difficilement applicable pour celui qui n'a pas encore une longue expérience, et cela précisément à cause du vague dans lequel sont plongées les périodes.

J'ajouterai seulement, à ce que je viens de dire que, dans le plus grand nombre des cas, si la maladie suit une marche toujours ascendante, on la voit passer graduellement par les quatre

périodes que j'ai indiquées qu'elle peut néanmoins s'arrêter à l'une de ces périodes sans les parcourir toutes successivement; qu'elle peut tout aussi bien se borner à la première, qu'arriver jusqu'à la quatrième; quelquefois, enfin, mais rarement, les premières périodes sont franchies brusquement par la maladie, qui semble alors arriver vers les dernières périodes sans être pasée par les premières.

J'aurais pu aisément m'étendre davantage sur ce sujet, montrer, par de nombreux exemples, la valeur pratique de la division que je propose, les avantages qu'elle a sur les classifications admises jusqu'à ce jour, son utilité pour la description plus exacte des maladies, et pour fixer d'une manière plus sûre les indications à remplir dans le traitement; mais j'ai préféré concentrer le tout dans un article court et précis, parce que je pense que tout praticien pourra en faire facilement l'application, pour peu qu'il soit pénétré de ce que j'ai dit.

APPRÉCIATION DES DISPOSITIONS ORGANIQUES

qui favorisent les luxations en général, et qui s'opposent à celles du poignet en particulier;

PAR M. ANDRIEU, D'AGEN,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG, INTERNE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON.

Tous les chirurgiens du dernier siècle ont été d'accord sur ce point, que plusieurs déplacemens pouvaient s'opérer dans l'articulation radio-carpienne. En effet, des mouvemens assez étendus de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction, conduisent naturellement à cette idée, que le carpe doit se luxer en avant, en arrière, en dedans et en dehors. Aussi, J.-L. Petit, admettait-il que des luxations pouvaient s'opérer au poignet dans les quatre sens que je viens d'énumérer; il élevait seulement quelques doutes sur les luxations latérales, et le peu de largeur des malléoles radiale et cubitale le portait à induire qu'une luxation d'abord interne ou externe pouvait devenir, par un déplacement consécutif, antérieure ou postérieure.

Duverney décrivit, avec les auteurs qui l'avaient précédé, les luxations du poignet sur la face dorsale et sur la face palmaire des os de l'avant-bras; mais il nia l'existence des déplacemens latéraux.

Pouteau, le premier, parut s'éloigner de la route commune que ses prédécesseurs avaient suivie. Il dit formellement, dans un mémoire des plus remarquables sur les fractures de l'extrémité carpienne des os de l'avant-bras que, « ces fractures sont le plus » souvent prises pour des luxations incomplètes du poignet, et » que la déviation de la main en dehors, lorsque le radius est » cassé, et en dedans lorsqu'il y a fracture du cubitus, avait » été mal interprétée, et regardée comme caractéristique de la » luxation partielle du poignet ».

Desault, dans ses œuvres chirurgicales, admit que la fracture de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras pouvait être quelquefois confondue avec les luxations du poignet, et il donna, comme un précepte qui devait sûrement faire éviter l'erreur, le conseil de s'assurer de la position des malléoles radiale et cubitale. Boyer, fidèle aux traditions de l'école de Desault, admit les luxations du poignet en avant, en arrière et sur les côtés. Aucun doute sur leur existence ne s'éleva dans son esprit, et il prétendit les avoir observées plusieurs fois. Sir Astley Cooper admet la possibilité des luxations du poignet en avant et en arrière, mais il soutient que ces déplacemens sont rares; il consacre à peine une page à l'histoire de ces luxations, et, contre son habitude, il ne rapporte pas de faits à l'appui de son assertion; ce qui prouve assez qu'une observation rigoureuse ne l'a pas éclairé sur cette lésion chirurgicale. Enfin, chacun sait que c'est à Dupuytren qu'est due la gloire d'avoir fixé les chirurgiens modernes sur ce point, jusqu'alors obscur de pathologie chirurgicale.

Les auteurs ne fournissent qu'un seul cas où la dissection a paru prouver l'existence d'une luxation du poignet. On en trouve la description avec figure dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier. La valeur de cette pièce pathologique a été appréciée diversement: certains chirurgiens n'ont voulu voir en elle que le résultat d'une maladie chronique de l'articulation radio-carpienne, au lieu de la considérer comme l'effet d'une violence extérieure. Ce manque presque absolu de dissections

cadavériques, aujourd'hui que tant de chirurgiens éclairés cultivent avec fruit l'anatomie pathologique, est un fait saillant qui milite en faveur de l'extrême rareté de la luxation du poignet.

Cette luxation a été observée par moi sur un homme âgé de 35 ans, entré à la salle Saint-Louis de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le courant du mois d'Octobre 1836. Le sujet de l'observation était doué d'un tempérament éminemment lymphatique, et était affecté d'une tumeur blanche qui avait envahi les os du carpe de la main gauche. La luxation avait été produite par la violence d'une chute que cet homme avait faite dix-huit mois auparavant. Étant tombé de la hauteur de six pieds, sa main gauche supporta tout le poids du corps. Il en résulta une luxation antérieure de la première rangée des os du carpe sur les os de l'avant-bras. Je soumis le malade à un examen minutieux, de crainte d'être induit en erreur. Je constatai la place occupée par l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, et par les apophyses styloïdes des deux os, je pus sentir et parcourir facilement avec le doigt le trajet des gouttières dont est sillonnée la face postérieure de la tête radiale. La maigreur du sujet favorisait singulièrement cet examen. Une dépression existait sous forme d'angle rentrant au niveau et à la face dorsale de l'articulation radio-carpienne. Une saillie proéminait en regard de cette dépression sur la face palmaire de cette même articulation. Lorsque le déplacement était ainsi opéré, les doigts étaient rétractés et ne pouvaient être ramenés dans l'extension. Celle-ci était facile, au contraire, après la réduction de la luxation. Il était très-aisé d'obtenir cette dernière, qui s'effectuait avec une légère crépitation des surfaces cartilagineuses; mais le déplacement s'opérait de nouveau spontanément. Au reste, l'aspect des parties était si différent de celui qui caractérise la fracture de l'extrémité inférieure du radius, que, pour un chirurgien un peu expérimenté, la méprise était impossible.

Lorsque j'eus l'occasion d'observer cette luxation du poignet, j'étais imbu de l'idée qu'elle n'était pas possible. Convaincu du contraire par le fait même, j'examinai plus attentivement les obstacles qui en rendent la production si rare. Je vais résumer brièvement les circonstances qui favorisent les luxations en général, et celles qui s'opposent à l'accomplissement de celles du poignet en particulier.

Les dispositions anatomiques qui peuvent favoriser la production d'une luxation sont nombreuses ; elles se rapportent à la configuration des parties dures et au groupement des parties molles autour d'elles. Il s'agit d'examiner si elles se rencontrent dans l'articulation radio-carpienne.

La longueur du bras de levier sur lequel agit la puissance qui tend à luxer un os est d'une grande importance. C'est une vérité physique appréciée de tout le monde, et qui est rigoureusement applicable à la mécanique animale. Or, si on porte son attention sur la main, on verra que la violence extérieure peut agir sur les doigts ou sur la paume de la main, ou bien sur ces deux parties à la fois. Il est évident que dans le plus grand nombre des cas, la force luxante agira principalement sur la paume de la main, et plus souvent sur l'éminence thénar que sur l'éminence hypothénar. Les raisons de ces faits n'ont pas besoin d'être données. Maintenant, en supposant que la violence extérieure fût appliquée à l'extrémité des doigts, et que ceux-ci et toutes les parties qui constituent la main formassent un tout inflexible, le bras de levier de la puissance n'aurait pas une longueur bien considérable. A plus forte raison, serait-il des des plus courts, si l'impulsion étrangère agissait sur l'éminence thénar ou hypothénar.

L'inflexibilité de l'axe d'un membre ou d'une portion d'un membre est une condition essentielle pour la transmission directe et dans toute son énergie de la puissance au point d'appui. Si le bras de levier n'est pas inflexible, s'il offre plusieurs brisures représentées par un certain nombre d'articulations mobiles, la violence extérieure pourra être entièrement épuisée avant d'avoir été transmise jusqu'à l'articulation située au-dessus de lui. Faisons l'application de cette vérité au cas qui nous occupe. Si la violence agit sur les doigts, l'expérience journalière nous prouve que les phalanges, portées au-delà de leur extensibilité naturelle, peuvent se fracturer ; que les articulations phalango-phalangiennes et métacarpo-phalangiennes peuvent être luxées. Si les doigts résistent et ne sont ni fracturés, ni luxés, l'impulsion, déjà affaiblie, se propagera vers l'articulation du poignet, au travers des articulations métacarpo-carpiennes et carpo-carpiennes. Elle y parviendra donc considérablement atténuée ; toutefois, elle est souvent assez forte pour fracturer le radius.

Une luxation est surtout dans l'imminence de se produire lorsque l'os qui tend à se luxer ne conserve plus son état de perpendicularité sur la cavité qui le reçoit; et plus est grande l'inégalité des deux angles formés par la cavité articulaire et l'extrémité osseuse qui appuie sur elle, plus la luxation est près de s'effectuer. Dans le carpe, la première rangée des osselets exécute des mouvemens étendus sur la seconde; les mouvemens de flexion sont plus considérables que ceux d'extension; néanmoins, ils ont tous deux assez d'étendue dans cette articulation corpo-carpienne pour que, dans l'extension ou la flexion forcée de la main, la première rangée, dont le diamètre vertical est très-minime, se trouve toujours dans le trajet prolongé des axes du radius et du cubitus. J'insiste beaucoup sur ce fait, parce que, selon moi, il est capital; parce qu'il prouve d'une manière irréfragable que les luxations du poignet sont presque impossibles, et parce que, malgré son importance, je ne l'ai vu exposée dans aucun auteur. Cette disposition anatomique explique, en outre, la production des fractures par contre-coup dans l'articulation radio-carpienne, soit que ces fractures se compliquent ou non de l'écrasement des os. Le fait anatomique que je viens d'indiquer est facile à constater sur le squelette frais; quelque violente que soit l'extension ou la flexion dans laquelle on place la main, la première rangée du carpe reste toujours perpendiculaire à la surface articulaire de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. La luxation aurait beaucoup plus de tendance à s'effectuer entre les os de la première et de la seconde rangée du carpe, et c'est, en effet, ce que confirme l'observation des auteurs; car Chopart, Boyer et sir Astley Cooper, ont vu plusieurs fois la luxation du grand os, tandis qu'ils ne rapportent pas une observation authentique de luxation du poignet. Il n'est pas rare de produire artificiellement sur le cadavre l'énucléation du grand os, tandis que l'articulation radio-carpienne résiste à tous les efforts. Les surfaces osseuses qui constituent cette articulation n'ont donc pas de tendance à s'abandonner dans l'état le plus violent d'extension ou de flexion de la main sur l'avant-bras.

Une disposition qui favorise singulièrement une luxation, c'est l'existence d'une saillie osseuse qui sert de point d'appui au levier représenté par l'os qui est dans l'imminence d'aban-

donner sa cavité de réception. Ce point d'appui, placé très-près de la résistance, donne à la puissance une énergie extraordinaire. Le rebord saillant de la cavité cotyloïde dans l'articulation iléo-fémorale donne une idée très-exacte de ce point d'appui fourni à l'os qui va être luxé. Dans l'abduction forcée de la cuisse, le col du fémur arcboute contre le rebord de la cavité articulaire; et, si la luxation du fémur n'est pas plus fréquente, il faut en chercher la raison dans la force de la masse musculaire groupée autour de l'articulation coxo-fémorale. Revenons à la luxation du poignet. La cavité, peu profonde, fournie aux surfaces articulaires des os de la première rangée du carpe par le radius, n'offre pas de rebord saillant, et alors même que le carpe s'inclinerait sur le radius, ce que nous avons démontré ne pas être, il faudrait que son inclinaison fût portée à un tel point, qu'il formerait presque un angle droit avec les os de l'avant-bras avant de rencontrer un point d'appui. On ne saurait objecter que le manque de profondeur de la cavité articulaire, fournie aux os de la première rangée du carpe par le radius, favorise beaucoup la luxation, car l'expérience a démontré que, dans les articulations munies d'un appareil ligamenteux très-fort, comme dans l'articulation radio-carpienne, par exemple, cet appareil de contention s'oppose bien plus efficacement aux déplacemens que les rebords osseux des cavités articulaires. C'est ainsi que la grande échancrure située à la partie inférieure de la cavité cotyloïde, oppose plus de résistance à la sortie de la tête du fémur, que tout autre point de la circonférence de cette cavité, à cause de l'existence d'un trousseau fibreux très-résistant qui l'oblitère. C'est encore pour la même raison que l'astragale se luxe beaucoup plus souvent en dehors qu'en dedans, parce que dans ce dernier sens cet os est bridé par les ligamens calcanéo-scaphoïdiens inférieur et latéral, dont la force de résistance est énorme. La solidité d'autres articulations est due seulement à la présence autour d'elles de muscles nombreux et puissans; l'ajancement des surfaces articulaires y est très-mal disposé pour la solidité; les ligamens sont insignifians, rudimentaires, et toutefois la résistance à tout déplacement est très-grande. Je prends l'articulation occipito-atloïdienne pour exemple. Delpech a très-lucidement traité ce point de physiologie dans le premier volume de son *Orthomorphie*.

Si, dans l'état normal, les surfaces osseuses qui constituent l'articulation radio-carpienne sont disposées de manière que toute luxation devienne à peu près impossible, n'existe-t-il pas des vices de conformation qui puissent favoriser la luxation du poignet en avant ou en arrière ? J'ai observé trois fois, et des deux côtés, avec mon collègue M. Valancogne, la déformation suivante. La surface articulaire du radius était fortement inclinée en avant et en haut, de telle sorte que la première rangée du carpe pouvait glisser facilement d'arrière en avant, et s'était, en effet, portée dans ce sens. Le cubitus avait gardé sa position naturelle, en sorte que son extrémité inférieure faisait une saillie considérable en arrière. Une cavité existait en avant de la même extrémité. Au moyen de la dissection, on découvrait que le cubital antérieur était séparé en bas de la face correspondante du cubitus par un espace considérable, rempli de tissu cellulaire lâche et infiltré de graisse. A l'examen extérieur, une saillie prononcée faisait croire à une luxation du cubitus sur la cavité sigmoïde du radius.

Au premier abord, on serait tenté de croire que cette inclinaison de la surface articulaire du radius en avant est susceptible de permettre au carpe de se déplacer dans ce sens; mais il m'est pleinement démontré que le ligament palmaire, qui, dans cette circonstance, jouit de toute son intégrité, est doué d'une énergie de résistance suffisante pour opérer l'arrachement de l'extrémité inférieure du radius, plutôt que de se laisser déchirer par l'action imprimée aux os du carpe par une violence extérieure.

Je n'ai pas obtenu, dans un essai que j'ai tenté sur une de ces pièces pathologiques, cet arrachement des apophyses styloïdes radiale et cubitale, ni celui du rebord de la surface articulaire du radius, ni la fracture transversale de l'extrémité inférieure de cet os : mais, au contraire, j'ai produit la luxation du grand os; tandis que l'articulation du poignet est restée dans son intégrité : cette conformation vicieuse se confond donc, quant à ses rapports avec la luxation du poignet, avec la disposition normale qui permet l'énucléation du grand os, tandis qu'elle s'oppose presque invinciblement à celle de la première rangée du carpe.

A peine si on doit parler de la possibilité des luxations laté-

rales. Les chutes qui tendraient à les produire et qui devraient se faire sur le bord radial ou cubital de la main, sont très-rares. Des violences autres que des chutes peuvent agir, il est vrai, pour les effectuer ; mais ici la longueur du diamètre transversal de l'articulation constituerait à elle seule un obstacle très-grand à la luxation, surtout à la luxation complète.

D'autres obstacles aux luxations du poignet prennent leur source dans la disposition des parties molles groupées autour de l'articulation radio-carpienne.

L'appréciation de la force inégale de résistance qu'offrent, dans cet articulation, les ligamens et les extrémités articulaires, doit être faite avec soin. Dans les articulations orbiculaires, où de simples capsules fibreuses coiffent les têtes osseuses, les efforts extérieurs qui produisent l'abandon forcé des surfaces contiguës n'ont pas pour résultat, ainsi que le croyaient les anciens chirurgiens, et Desault en particulier, de diviser la capsule dans sa partie moyenne. Monteggia, le premier, dans ses *Institutions chirurgicales*, a démontré, par des autopsies cadavériques, que la déchirure de ces capsules a lieu à l'une ou l'autre de ses extrémités dans leur point d'adhérence au périoste. On effectue constamment cette déchirure sur le cadavre, en opérant des luxations artificielles, et souvent même les bords des cavités de réception sont arrachés par les membranes fibreuses. Mais cette disproportion de résistance, qui existe déjà entre les appareils ligamenteux et les os dans les articulations de l'épaule et de la hanche, est bien plus marquée dans les articulations dont les ligamens sont disposés en faisceaux, semblables à des cordages, comme au coude, au genou, au pied, au poignet. En outre, les ligamens s'insèrent ici sur des apophyses, sur des saillies plus ou moins proéminentes, qui, dans les mouvemens outrés de flexion ou d'extension, d'adduction ou d'abduction, leur deviennent brusquement perpendiculaires. Les ligamens fracturent toujours ces apophyses par les tractions qu'ils exercent sur elles, au lieu de se rompre eux-mêmes à une certaine distance de leur insertion. Ces faits qu'on vérifie souvent pour le coude et surtout pour l'articulation du pied, s'observent aussi dans l'articulation du poignet. Qu'on suppose l'action énorme d'une force qui agisse perpendiculairement aux os du carpe, que l'extrémité inférieure de l'avant-bras soit fixée dans un

étau, par exemple, et qu'on agisse sur la main dans l'intention de produire des luxations, soit en avant, soit en arrière, ou sur les côtés; il arrivera un instant où on éprouvera la sensation d'une résistance vaincue. Si alors on examine les désordres qui se sont accomplis au niveau de l'articulation du poignet, on trouvera que l'une ou l'autre malléole radiale ou cubitale a été arrachée, ou qu'il existe une fracture qui, communiquant dans l'article, coupe obliquement de dedans en dehors l'extrémité inférieure du radius. On trouve aussi cette extrémité assez souvent fracturée transversalement un demi ou un quart de pouce au-dessus de l'articulation, même chez les adultes, à plus forte raison chez les enfans et les adolescens, jusqu'à l'âge de quinze ou dix-huit ans, y a-t-il décollement des épiphyses.

A moins que la violence extérieure par son intensité et sa persistance d'action ne soit en disproportion trop considérable avec la force de résistance des parties, les désordres se bornent à ceux que je viens d'indiquer. Mais si la force luxante est énorme, si son action persiste après la fracture, le fragment supérieur du radius déchire les tendons, les vaisseaux et les nerfs qu'il rencontre sur son passage, troue les tégumens et vient faire saillie à l'extérieur.

Le relâchement, l'élongation des ligamens, peuvent-ils favoriser et permettre la luxation du poignet? L'élongation des trousseaux fibreux produite par certaines professions où les mains exercent des tractions continues, a été signalée par Dupuytren. Au rapport de ce chirurgien, elle ne paraît avoir déterminé la luxation du carpe sur l'avant-bras en aucune circonstance. Dans le cas que j'ai observé, j'attribue la luxation au relâchement morbide des ligamens, relâchement qui avait été amené par la diathèse scrofuleuse.

Les muscles qui agissent sur une articulation et qui sont disposés autour d'elle, peuvent avoir une grande influence, soit pour produire une luxation, soit pour l'empêcher.

Je me contenterai de dire qu'au niveau de l'articulation du poignet, les muscles sont nombreux; qu'ils ont déjà dégénéré en cordes tendineuses, et qu'un certain nombre de coulisses fibreuses les maintiennent dans un rapport forcé avec les os qu'ils accompagnent principalement dans le sens de la flexion et et de l'extension. Cette disposition fortifie encore l'articulation

du poignet, et crée un obstacle de plus à la luxation du carpe sur les os de l'avant-bras.

Je terminerai ici l'énumération et l'appréciation des obstacles qui s'opposent aux luxations du poignet, et je me résumerai en disant :

1.° Que les anciens chirurgiens avaient admis les luxations du poignet, sans que jamais l'autopsie leur eût démontré l'existence incontestable de ces luxations;

2.° Que l'exiguité du bras de levier, réprésenté par toute la longueur ou une partie seulement de la longueur de la main, offre peu de prise à la force luxante ;

3.° Que la situation constante de la première rangée du carpe, dans le trajet prolongé des axes du radius et du cubitus, est un obstacle, à peu près invincible, à l'accomplissement des luxations du poignet, soit en avant soit en arrière ;

4.° Que ce rapport statique des pièces osseuses explique les fractures intra-articulaires avec ou sans écrasement, ainsi que les fractures extra-articulaires ;

5.° Que les bords de la surface articulaire fournie par le radius n'étant pas saillans, ne sont nullement aptes à fournir un point d'appui au carpe et à favoriser son énucléation ;

6.° Que le peu de profondeur de la cavité articulaire de l'extrémité inférieure du radius n'est pas une cause déterminante de luxation, et que même son inclinaison morbide en avant et en haut n'est pas susceptible de favoriser efficacement le déplacement du carpe dans ce sens ;

7.° Que la force de résistance des ligamens étant supérieure à celle des os, les malléoles radiale et cubitale sont arrachées, et le radius est même fracturé en travers par la violence qui tendait à effectuer la luxation ;

8.° Que la force et la disposition des muscles nombreux groupés autour de l'articulation du poignet ne peuvent, dans toutes les circonstances, que s'opposer énergiquement au déplacement du carpe ;

9.° Que la luxation du poignet en avant est possible, lorsque les ligamens sont relâchés.

RAPPORT

SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A TOULOUSE pendant le mois d'Avril 1838,

PAR M. D. BERNARD.

Les variations nombreuses qui ont eu lieu dans l'état de l'atmosphère pendant le mois d'Avril nous rendent raison, jusqu'à un certain point, de l'instabilité de la constitution médicale. En effet, durant la première quinzaine, et en même temps que soufflaient les vents du sud et du sud-ouest, les maladies à caractère bilieux qui s'étaient déjà manifestées vers la fin du mois de Mars, devenaient de plus en plus nombreuses; de même que les érysipèles, les angines, etc.; affections qui s'accompagnaient d'un état saburral des voies gastriques, et auxquelles des évacuans étaient opposés avec succès. Pendant cette même période, plusieurs cas de fièvres rémittentes bilieuses ont été signalés par nos confrères : les évacuans au début, la quinine ensuite, ont, la plupart du temps, réussi à enrayer, au second septénaire, la marche de la maladie.

Durant la deuxième quinzaine, le tableau a changé d'une manière tout-à-fait remarquable. Pendant cet espace de temps, le baromètre est descendu, à différentes reprises, de 75 80 à 73 55, et le thermomètre, qui avait marqué 18° R., redescendit à 1° au-dessous de o. Cet abaissement de température, qui amena trois ou quatre jours de neige, nous explique l'apparition des nombreuses fluxions de poitrine que tous nos praticiens ont eu à traiter; il nous rend peut-être raison aussi des nombreuses congestions cérébrales journellement observées, et qui souvent ont été funestes, sans distinction de sexe ni d'âge. Le traitement que l'on a opposé à ces différentes maladies et qui a sauvé beaucoup de malades, c'est le traitement antiphlogistique, mais employé franchement et d'une manière positive. Dans quelque cas de péripneumonie, des sueurs abondantes et critiques ont, au sixième jour, jugulé la maladie.

Autour de ces deux groupes d'affections qui ont caractérisé la constitution médicale régnante du mois d'Avril, viennent se ranger ce grand nombre de maladies diverses qui règnent toute

l'année, sans distinction de saison, de température, d'âge, de sexe, etc.; qui surviennent la plupart du temps sans cause connue ou appréciable, et revêtent cependant le cachet que leur imprime la constitution régnante : telles sont les fièvres intermittentes qui, comme nous l'avons déjà dit, deviennent endémiques parmi nous; telles sont les stomatites, les oreillons, les ophthalmies, les rhumatismes, la goutte, et les différentes éruptions cutanées. Parmi ces dernières affections, celles qui ont été le plus fréquemment observées sont, la scarlatine, la varioloïde, quelques cas de variole bénigne, un certain nombre de pemphigus, et, comme nous l'avons dit plus haut, beaucoup d'érysipèles qui, la plupart, ont cédé à l'usage des évacuans. Dans un cas d'érysipèle vague avec teinte livide, et qui offrait d'ailleurs quelques symptômes anormaux, l'emploi de l'onguent mercuriel a paru produire d'heureux résultats.

Parmi les maladies qui se sont encore montrées pendant le mois qui nous occupe, nous devons mentionner beaucoup d'hémoptysies chez des sujets phisiques, et qui souvent ont été mortelles.

Tableau météorologique.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE OU NEIGE.
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. O.	N. N. O.	S. E.	
75 c 80m	73 c 55m	18 o	0 1o	15 j.	11 j.	4 j.	12 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Note sur les propriétés fébrifuges de l'Extrait des feuilles d'Artichaut, par M. Bailly.

Depuis long-temps, on a reconnu dans la racine de l'artichaut (*cynara scolymus*) des propriétés diurétiques; on avait même soupçonné quelque vertu fébrifuge dans ses feuilles; mais M. Montain est le premier qui ait

tiré le meilleur parti du principe amer que ces dernières contiennent, en en faisant préparer un extrait dont quelques gros suffisent, dit-il, pour guérir les fièvres intermittentes. Malheureusement quand nous mettons à jour quelque découverte, nous nous laissons aller à notre enthousiasme, et, pleins de notre œuvre, la regardons-nous avec des yeux trop favorables et trop complaisans. A la vérité, c'est notre enfant chéri, dans lequel nous avons placé quelquefois toute notre confiance; aussi, malgré nous, même dans un but louable, il nous arrive trop souvent d'en exagérer les qualités. C'est un défaut inhérent à notre nature; je me garderai donc d'en faire mon procès à M. Montain. Il est à regretter que les expériences nouvelles n'aient point confirmé les heureux résultats que son mémoire annonçait à l'Académie.

Chargé de la vérification de ce fait thérapeutique, M. Bailly a dû prendre les précautions nécessaires pour que ses essais fussent concluans: aussi les extraits cynariques dont il a fait usage ont été préparés sous les yeux ou suivant les formules de l'auteur. Vingt-cinq individus atteints de fièvres intermittentes ont pris sans interruption, et pendant plusieurs jours, le nouveau remède. De ce nombre, quatorze ont été guéris.

La durée du traitement total a été de cent quarante-quatre jours; terme moyen, dix jours et une fraction. Le plus long traitement a été de seize jours; le plus court, de six. Il a été consommé trois cent vingt-sept gros et demi d'extrait cynarique. L'un des malades a eu besoin de sept onces deux gros pour être entièrement guéri; il n'en a fallu que deux gros à celui qui en a pris le moins. Parmi ces quatorze sujets, sept avaient des fièvres tierces; quatre, des fièvres quotidiennes ou demi-tierces; trois, des fièvres quartes.

Les onze non guéris ont pris quatre cent quatre-vingt-dix-sept gros. L'un d'eux en a consommé onze onces trois gros dans vingt-deux jours.

On n'a observé aucune différence dans l'action du médicament, qu'il fût obtenu par l'alcool, ou par l'évaporation aqueuse.

Il résulte des recherches de M. Bailly, que l'extrait cynarique ne peut pas, comme fébrifuge, soutenir la comparaison avec la quinine; que, sous le rapport de la dépense, il revient aussi cher que cet alcaloïde, vu la dose à laquelle on est obligé de l'élever. Cependant M. Montain a rendu un service à la science, en préparant cet extrait de feuilles d'artichaut, qu'on pourra utiliser dans les débilités de l'estomac, dans quelques dyspepsies, etc.

Observons que ces extraits, portés à hautes doses, inspirent du dégoût et provoquent des tiraillemens d'estomac aux malades; mais ils ne portent nullement leurs effets sur l'encéphale, et jamais on n'a constaté de traces de phlegmasie du tube digestif.

Mémoire sur les Perforations intestinales qui surviennent pendant le cours des fièvres typhoïdes, par M. Cazeneuve, chirurgien militaire.

Nous résumerons l'intéressant travail de l'auteur dans les propositions suivantes qui le terminent : 1.° les perforations intestinales constituent un accident assez fréquent de fièvres typhoïdes ; 2.° presque constamment l'ouverture de l'intestin est étroite; elle a son siége aux environs de la valvule iléo-cœcale ; 3.° les symptômes de ces accidens sont ceux de la péritonite aiguë à divers degrés ; on peut même *presque* affirmer l'existence d'une perforation intestinale, lorsqu'une péritonite vient compliquer une fièvre typhoïde ; 4.° la mort en est la terminaison la plus ordinaire ; 5.° une des causes les plus fréquentes de perforation intestinale, c'est l'alimentation prématurée ou trop copieuse ; 6.° le meilleur moyen de prévenir cette lésion, c'est, vers la fin des fièvres typhoïdes, de prescrire les alimens avec beaucoup de réserve, d'en surveiller l'emploi, et surtout de bien choisir ces alimens ; 7.° les antiphlogistiques, la diète, l'opium à hautes doses, le repos le plus absolu, forment le traitement le plus rationnel des accidens qui accompagnent les perforations intestinales.

Considérations thérapeutiques sur l'emploi des Emissions sanguines générales et locales, principalement dans les cas chirurgicaux, par M. A. Forget.

Il existe une grande controverse dans l'emploi des émissions sanguines générales et locales ; il serait même très-intéressant de trouver le secret de ces divergences scientifiques ; mais dans ce siècle de positivisme il faut des recherches fécondes en résultats pratiques ; il faut aux convictions médicales des élémens matériels qui ne se trouvent que dans l'enseignement clinique et dans l'interprétation des faits au lit du malade : aussi c'est dans les leçons cliniques du savant professeur Lisfranc que l'auteur puisera la plupart des considérations que nous allons analyser.

Il se demande d'abord : Peut-on suppléer les évacuations sanguines générales par les saignées locales, et *vice versa?* Non, sans doute. Les premières ont une supériorité incontestable dans les inflammations parenchymateuses, dans les phlegmasies générales avec épanchement de liquide dont elles favorisent l'absorption (Magendie). Les saignées capillaires conviennent mieux pour les inflammations des membranes.

Toutes les évacuations sanguines doivent être subordonnées à l'âge, l'idiosyncrasie des sujets, la constitution médicale régnante, la nature, le siége des phlegmasies, et réglées, en général, sur le développement du pouls, la coloration de la face et l'énergie des forces musculaires.

Examinant ensuite les effets de la phlébotomie dans les inflammations des viscères contenues dans le crâne, dans la poitrine et dans l'abdomen, qui ne sait, dit-il, que dans l'état physiologique il existe entre le système sanguin et le système nerveux un équilibre d'autant plus facile à détruire par l'emploi de la saignée, que les individus sont plus irritables? Or, si, comme l'indiquent les troubles fonctionnels, cette harmonie nervoso-sanguine est déjà en partie rompue par la maladie existante, on conçoit qu'une perte de sang, même légère, peut déterminer de graves accidens. Aussi, quand à la suite d'une première saignée, les symptômes acquièrent de l'intensité, il faut bien se garder d'y recourir.

Pour la puissance curative de la phlébotomie dans la phlogose du poumon, c'est une vérité à laquelle l'autorité de faits a donné une sanction définitive; il en est de même pour la pleurésie, car il est impossible de diagnostiquer l'état du poumon dans cette maladie. Malheur donc aux pleurétiques qui ne seront pas saignés!

Pour ce qui a trait aux inflammations abdominales, il faut user des émissions sanguines avec une extrême sobriété, vu le caractère adynamique qu'elles revêtent promptement.

M. Lisfranc emploie avec le plus grand succès les saignées générales dans les inflammations traumatiques, dans l'inflammation et les épanchemens sanguins, dont s'accompagnent souvent les entorses, etc.

D'après tout ce qu'a avancé l'auteur sur les saignées locales, on est en droit de conclure qu'il les considère comme révulsives, toniques, supplémentaires, suivant le nombre plus ou moins grand de sangsues, et la partie sur laquelle on les applique. En général on ne doit point les faire mordre sur les tissus enflammés.

Un mot sur la falsification du Lycopode par le souffre, par M. Chevalier.

Aujourd'hui, où la cupidité est le plus en honneur, où les cris de la conscience sont étouffés par l'idée toute rayonnante du gain, on doit s'efforcer de mettre à jour toutes les falsifications que les âmes sordides inventent pour y arriver. Depuis long-temps on avait abandonné la falsification du lycopode par le souffre, par cela seul que MM. Caventou et Kapeller avaient appelé l'attention des chimistes et des médecins sur ce genre de fraude; mais elle vient de nouveau d'être signalée par M. Péziers, qui a trouvé du souffre dans du lycopode qui avait été expédié de Paris à Valenciennes.

Employé principalement pour déterminer la dessication des excoriations qui se développent chez les enfans, le licopode ainsi falcifié doit les augmenter, occasioner des douleurs plus ou moins vives. Remarquons, en effet, que l'acide sulfureux qui accompagne la fleur de souffre se convertit en acide sulfurique.

TRAVAUX ORIGINAUX.

EMPLOI DU BANDAGE AMIDONNÉ

DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

(Hôtel-Dieu S.-Jacques, service de MM. Viguerie et Dieulafoy.)

Le traitement des fractures par l'appareil contentif ordinaire, regardé comme une des parties les plus avancées de l'art chirurgical, et comme le seul moyen propre à obtenir la consolidation des os, avait été pendant long-temps appliqué d'une manière exclusive à tous les cas de fracture des os des membres.

Mais dans ces derniers temps, frappés avec juste raison des inconvéniens attachés à cette méthode, voyant que le repos absolu, pendant quarante ou cinquante jours, amenait avec lui les accidens les plus graves; que, chez la plupart des malades, non-seulement l'extension continuelle du membre fracturé laissait presque toujours, après la consolidation, une fausse ankylose des articulations, mais que surtout, chez les vieillards, cette immobilité, long-temps prolongée, réagissait sur toute la constitution en général, faisait naître des dérangemens fonctionnels de toute sorte, et occasionait des escharres gangreneuses au sacrum, plusieurs praticiens cherchèrent à apporter quelques améliorations dans le traitement de ces maladies.

Pour remédier aux fâcheuses complications que nous venons de citer, il fallait trouver des appareils qui, tout en maintenant parfaitement en rapport les os fracturés, pussent permettre au malade de faire quelques mouvemens, d'exercer les articulations du membre fracturé, de se lever, de marcher, même pendant la durée du traitement, et cela, sans nuire en rien à la formation d'un cal régulier et solide.

Sans énumérer les nombreux essais que l'on a souvent répétés, sans parler d'un appareil, dit inamovible, qui, employé jadis en Egypte, en Grèce, en Espagne, a été généralisé de nos jours par M. Larrey; sans décrire le procédé de M. Dieffembach, de Berlin, et sans parler de l'appareil de M. Mayor, procédés qui tous apportaient avec eux quelques imperfections et ne présentaient que quelques légers avantages, il ne sera ici question

que du bandage amidonné de M. Seutin, de Bruxelles, tel qu'il le décrit lui-même, et des heureux résultats qui ont été obtenus de son emploi à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Ce nouvel appareil, qui présente une résistance assez forte et assez appropriée à la nature de la lésion pour s'opposer efficacement au déplacement des fragmens, et qui opère ces effets, tout en conservant une légèreté suffisante pour ne point empêcher la marche et les différens mouvemens du corps, a, sur toutes les autres méthodes de traitement des fractures, des avantages incontestables et qui sont faciles à saisir.

Plus léger, en effet, que tous ceux déjà employés, il est facile à appliquer et à renouveler, et présente en même temps une solidité susceptible de résister aux chocs et aux impulsions extérieures. L'amidon, en effet, avec lequel on le compose, colle les pièces de linge avec une extrême facilité, et leur donne, en se desséchant, une consistance de bois qui permet au malade de marcher, et de se livrer à ses occupations ordinaires. Etant, d'ailleurs, facile à ramollir au moyen de l'eau tiède, il permet de renouveler le bandage aussi souvent que les indications le réclament.

Employée par un grand nombre de chirurgiens à l'étranger, préconisée en France par M. Velpeau, cette méthode a toujours, entre les mains de tous, donné les plus heureux résultats. Forte de sa supériorité et de ses avantages, elle ne demande aux praticiens qu'une expérimentation franche et sincère.

Dès 1834, M. Seutin faisait l'application du bandage amidonné au grand hospice civil de Bruxelles. En 1835, il donna un exposé de la méthode qu'il employait, et cita en même temps plusieurs cas de guérison de fractures qu'il avait obtenues. En 1836, il lut au Congrès médical belge un mémoire dans lequel, après avoir analysé rapidement la manière d'agir du bandage amidonné, et fait mention des circonstances dans lesquelles il pouvait être utilement employé, il s'attacha à faire voir la supériorité de son appareil sur tous ceux déjà employés, et en donna une description en ne faisant qu'indiquer la possibilité de modifications nombreuses, sans les déduire. Enfin, aujourd'hui M. Seutin, dans un nouveau mémoire présenté à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, après être

entré dans quelques considérations sur l'emploi de son appareil, fait principalement ressortir, et regarde comme un des plus grands avantages de son bandage la facilité qu'il donne au chirurgien, dans les fractures avec plaie, de pouvoir, malgré son emploi, suivre, pour ainsi dire, pas à pas la marche des lésions des parties molles, sans que pour cela la coaptation en souffre le moins du monde. Des ciseaux forts, qu'il a fait confectionner exprès, permettent de couper, sans aucune difficulté, la partie antérieure de l'appareil, qu'on a, à cet effet, dû rendre épaisse le moins possible.

« J'obvie ainsi, dit-il, aux défauts de la compression si elle » est mal exercée; je la supprime si elle paraît augmenter la stu- » peur locale, ou si elle ne peut se rendre maîtresse de la vio- » lente réaction qui survient. Je la continue, au contraire, si » l'aspect de la partie me démontre que les plaintes du malade » proviennent de sa pusillanimité ou de son apréhension. »

Si une médication locale est jugée nécessaire, on la met en usage. On applique alors un morceau de linge sur la face interne de l'appareil, afin d'empêcher qu'il ne se salisse par l'emploi des topiques; on rapproche ensuite les deux valves au-dessus du corps que l'on a placé immédiatement sur le membre, au moyen d'une bande non enduite d'amidon. En enlevant cette bande tous les jours, on panse tout aussi souvent qu'on le juge nécessaire; mais toujours la partie postérieure du bandage reste de manière que la partie correspondante du membre se trouvant emboîtée dans le moule qu'il lui présente, les fragmens osseux restent malgré tous les changemens que l'on opère, maintenus d'une manière invariable dans la position que leur a assignée la réduction. Une fois l'incision faite, si aucune indication ne réclame l'application de topiques sur le membre, on réunit les deux valves au moyen d'une bande roulée enduite d'amidon, et on récupère ainsi toute la solidité primitive.

Lorsque le gonflement a disparu, et que le bandage est devenu relativement trop large pour le membre, on excise un ruban longitudinal, plus ou moins large, de la partie antérieure, et, en le mouillant un peu, on moule une seconde fois le carton sur toutes les inégalités du membre, au moyen d'une bande roulée amylacée.

L'auteur donne ensuite près de deux cents cas d'observations

de fractures traitées par l'appareil amidonné, et qui ont été recueillies tant à Bruxelles que dans d'autres villes de la Belgique.

La plupart des malades ont pu marcher, quelques jours après leur accident, à l'aide de béquilles. Plusieurs se sont livrés pendant le traitement à des exercices fatigans; ils ont fait même des chutes sans qu'il s'en suivît aucun accident, et tous ont obtenu une guérison parfaite.

Comme il est facile de le voir, les avantages de cette méthode sont incontestables, et l'on peut dire que l'emploi de l'appareil amidonné dans le cas de fracture est une des plus précieuses acquisitions de la chirurgie moderne.

Introduit dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Toulouse par MM. Viguerie et Dieulafoy, on l'a déjà employé bon nombre de fois, et toujours l'on a obtenu les plus heureux résultats. La première application que l'on en a faite a été, au mois d'Avril 1837, sur la nommée Guilbem (Catherine), entrée à l'hospice par suite d'une fracture du tibia. Cette malade a marché pendant tout le traitement, et est sortie parfaitement guérie. L'on a depuis lors traité, par le même appareil, trois fractures de l'avant-bras, deux de la jambe, une de l'humérus, et une du tiers inférieur du fémur, avec plaie et écrasement de la rotule communiquant dans l'articulation. Le malade, qui a pu marcher quelques jours après son accident, est sorti de l'Hôtel-Dieu la fracture consolidée, et n'ayant qu'une légère ankylose de l'articulation On a aussi obtenu, au bout de deux mois de traitement, la consolidation d'une fracture de la rotule, chez un malade âgé de 90 ans. Mais le cas le plus curieux peut-être, est le suivant. Un homme entre à l'hôpital avec une fracture des deux os de la jambe. Le péroné était brisé en trois portions. Le fragment du milieu, engagé sous le tibia, ne peut jamais être ramené à sa direction normale, et fait un angle aigu avec le fragment inférieur. Cet homme resta trois mois dans l'appareil ordinaire, et, au bout de trois mois d'immobilité, le cal n'était pas fait et les fragmens n'étaient pas réunis. L'on appliqua alors l'appareil amidonné : cet homme marcha quatre jours après. Au bout d'un mois, on a levé l'appareil et la consolidation était faite. Ainsi, par cet appareil, l'on a obtenu dans un mois, et en faisant promener le malade, ce que l'on n'avait

pu obtenir pendant trois mois de repos avec un appareil ordinaire. Dans ce moment l'on traite, par cette méthode, une fracture de la cuisse chez un enfant d'un an, et une fracture des deux os de la jambe. Tout fait espérer que l'on obtiendra le même succès.

L'on peut se servir, pour la confection du bandage amidonné, des bandelettes séparées de Scultet, ou bien encore d'une bande roulée. Mais, pour employer ce dernier moyen, il faut que la fracture soit simple, que le soulèvement du membre n'amène point de trop fortes douleurs. Aussi, convaincu que le plus souvent on est obligé d'avoir recours aux bandelettes de Scultet, nous ne donnons que la description de ce bandage, prenant pour type une fracture de la cuisse.

Application du bandage amidonné par le moyen des bandelettes de Scultet.

FRACTURE DE LA CUISSE.

Le lit étant convenablement disposé, on y place successivement des liens, un drap fanon, puis le bandage, qui se compose de trois ou quatre couches superposées de bandelettes séparées, dont la longueur doit être telle, qu'elles ne fassent qu'une fois et demie le tour du membre, car leur longueur excessive gêne considérablement l'application du bandage. On commence par faire le gantelet des orteils, au moyen de petites bandelettes étroites; on entoure le pied d'une bande, déroulée en étrier, à partir de la racine des orteils, l'extrémité de ceux-ci restant libre. Les deux premières séries de bandelettes sont alors appliquées comme on le fait ordinairement de bas en haut, toutefois en ayant la précaution de ne pas enduire d'amidon la face des bandelettes de la première couche en rapport avec la peau, afin d'éviter le contact rude et la démangeaison qu'elles déterminent après la solidification, et la douleur qu'occasione l'arrachement des poils lorsqu'on ouvre le bandage. A l'aide de cette précaution, l'amidon ne peut agir qu'en collant la seconde couche à la première. On découpe, ou mieux l'on déchire, pour éviter la saillie des bords, les deux attelles de carton; on les fait plus larges au niveau de la fesse, de la cuisse et du mollet, et un peu plus longues que le mem-

bre. On fait avec des ciseaux des entailles sur les bords des cartons, afin qu'ils s'adaptent mieux aux parties avec lesquelles ils seront en contact, puis on les ramollit un peu dans de l'eau, on les enduit d'amidon, et on les place aux parties interne et externe du membre ; on retourne sur la plante du pied l'excédant de carton, qui servira de semelle. Les troisième et quatrième couches sont alors appliquées successivement. Une bande, déroulée en étrier, maintient le carton à la plante du pied. Les aides, qui jusqu'alors ont exercé l'extension et la contre-extention, peuvent abandonner le membre. Comme il faut que la dessication soit complète avant que l'on puisse être tranquille sur la solidité, pour éviter des déplacemens, on applique, aux parties externe et interne du membre, des attelles de carton sec et dur, auxquelles on donne à peu près la forme de la jambe, et qu'on maintient par quatre ou cinq liens. Le membre est ensuite posé convenablement sur un coussin de balle d'avoine.

La dessication jugée complète, on enlève les derniers cartons, et l'on s'assure, au moyen de la pression et de la percussion, si le bandage est appliqué régulièrement sur le membre. Si quelques modifications sont nécessaires, on mouille avec de l'eau tiède la partie qui doit être modifiée, on relève, par une pression latérale, les parties qui pourraient trop comprimer les saillies osseuses, et l'on resserre cette portion du bandage par une bande roulée et enduite d'amidon. Deux ou trois jours après, on peut permettre au malade de marcher avec des béquilles, en ayant soin de soutenir le membre au moyen d'une bande avec laquelle on aura fait un nœud coulant embrassant le pied, et dont les chefs seront fixés à la nuque.

Le bandage doit rester en place jusqu'à parfaite consolidation, sauf les cas où des accidens surviendraient pendant la durée du traitement.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR L'ANATOMIE DE LA RÉGION ANALE,

Accompagnées d'observations cliniques d'abcès fistuleux idiopathiques de cette partie, et suivies de réflexions générales sur la thérapeutique de ce genre d'abcès ;

PAR M. G. FOURQUET,

ANCIEN PROSECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

PREMIÈRE PARTIE.

Le besoin que j'ai ressenti plusieurs fois dans ma pratique de me rappeler la disposition anatomique des parties qui constituent la région anale, les rapports de ces parties avec les maladies graves et nombreuses qui y ont leur siége, ainsi qu'avec les opérations qu'elles réclament, m'a fait penser que les lecteurs me sauraient gré de leur avoir fourni l'occasion de revenir sur ce que cette région offre d'important sous ce triple point de vue.

Je remarquerai, 1.° que les auteurs d'anatomie descriptive ne donnent point, sur l'ensemble des parties qui composent la région de l'anus, des documens suffisans pour guider le praticien; 2.° que les meilleurs livres de pathologie chirurgicale ne fournissent que des données trop vagues; 3.° que plusieurs des hommes qui ont fait les recherches les plus récentes sur l'anatomie de la région périnéo-anale, ont quelquefois trop multiplié les objets, et sont entrés souvent dans des détails tels, que le praticien les saisit difficilement, et n'en conserve que plus difficilement encore le souvenir; 4.° que la disposition anatomique des aponévroses de cette région est tellement compliquée, que les anatomistes qui les ont étudiées d'une manière spéciale ne les ont pas tous envisagées de la même manière, et qu'il est des auteurs qui en ont modifié la description dans les diverses éditions de leurs ouvrages.

Voici l'idée la plus simple et la plus nette que je suis parvenu à me former de la région anale, d'après mes recherches particulières plusieurs fois répétées, et d'après la lecture de plusieurs auteurs les plus modernes.

Limites de la région anale dans l'état normal.

1.° D'avant en arrière, cette région s'étend des muscles transverses du périnée, et de la partie moyenne de l'aponévrose périnéale proprement dite [1], à la pointe du coccix; transversalement de la tubérosité ischiatique, du bord interne du muscle grand fessier et du grand ligament sacro-ischiatique, aux mêmes parties du côté opposé, et de bas en haut de l'anus, et de la peau qui forme la région inférieure du bassin, aux divers points où le péritoine cesse de recouvrir le rectum. Mais dans ce dernier sens la hauteur n'est pas partout la même. De l'anus à la partie inférieure de l'excavation vésico-rectale du péritoine, il y a de deux pouces et demi à trois pouces six lignes. (MM. Velpeau et Blandin, et mes recherches particulières.) Sur les parties latérales et postérieures du rectum, cette région présente une hauteur plus considérable, parce que le péritoine ne descend pas ausssi bas, dans ces deux sens, que sur le côté antérieur. Le milieu de la partie postérieure de l'organe défécateur n'est point enveloppé par la membrane séreuse, même à sa partie supérieure; il correspond, sur ce point, à l'intervalle que laissent entre eux les deux feuillets du méso-rectum. Un évasement très-considérable de la partie moyenne et inférieure, joint à un état de distension bien prononcée, augmente encore le diamètre perpendiculaire de la région qui nous occupe. A partir de la surface libre des tégumens, ce diamètre offre plus d'étendue dans tous les sens, vu que l'anus se trouve plus ou moins enfoncé, surtout chez l'homme, et, par conséquent, placé sur un plan plus élevé que la surface de la peau. (M. Velpeau.)

Dans l'état pathologique, l'étendue verticale de la région de l'anus varie suivant que le tissu cellulaire, qui entre dans sa composition, est engorgé, distendu ou affaissé, ou détruit, et suivant qu'il existe ou qu'il n'existe point quelque collection purulente.

Dans la pratique des opérations chirurgicales, il est nécessaire de se rappeler ces premières données anatomiques, afin d'être fixé sur la profondeur à laquelle on peut porter l'ins-

[1] Aponévrose moyenne, ligament triangulaire du périnée, etc.

trument tranchant autour de l'organe défécateur et sur ses parois, sans courir le risque de léser le péritoine, et de provoquer dans sa cavité quelque épanchement qui, indubitablement, deviendrait mortel.

Au premier aperçu, la région anale semblerait confondue avec la région périnéale proprement dite; mais une dissection soignée et un examen approfondi prouvent qu'il existe entre elles une séparation positive, bien que les tissus qui les forment conservent entre eux des rapports très-intimes. En allant de la peau vers la cavité pelvienne, les parties qui établissent la ligne de démarcation sont : 1.° le feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale (aponévrose inférieure ou superficielle du périnée); 2.° les muscles transverses du périnée; 3.° la partie postérieure du feuillet profond de l'aponévrose périnéale (feuillet ano-pubien de Velpeau, aponévrose moyenne de J. Cloquet, etc.); 4.° l'espèce de cul-de-sac que forment de chaque côté, au-dessus des muscles transverses, les aponévroses ischio-rectales; 5.° le *fascia* fibro-musculaire qui soutient et fortifie la portion membraneuse de l'urètre; 6.° l'aponévrose qui enveloppe la prostate; 7.° l'aponévrose prostato-péritonéale qui, de la base de cette glande, va confondre ses fibres avec la portion du péritoine qui s'enfonce entre le rectum et la vessie chez l'homme, et entre la vessie et l'utérus chez la femme. Cette aponévrose, décrite pour la première fois par M. Denonvilliers, est placée entre les vésicules séminales, les canaux déférens, le bas-fond de la vessie et le rectum. C'est par cet appareil aponévrotique, par le tissu cellulaire serré non graisseux, qui les unit aux parties voisines, qu'on peut expliquer pourquoi les fistules urinaires urétrales s'ouvrent rarement au pourtour de l'anus, et pourquoi aussi les abcès de la région anale ne se font presque jamais jour dans le périnée proprement dit.

La région anale est séparée de la cavité pelvienne par le feuillet rectal de l'aponévrose pelvienne (aponévrose supérieure du périnée de certains auteurs), par la bandelette fibreuse ischio-pubienne, sur laquelle se réunissent les quatre feuillets des aponevroses pelvienne et ischio-rectale, et à laquelle s'attachent les fibres moyennes du muscle releveur de l'anus; par le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, enfin, par le péritoine lui-même. Le feuillet ischiatique de l'aponévrose ischio-rectale l'isole des mus-

cles et du tissu cellulaire qui tapissent les parties inférieures et latérales du bassin.

Composition de la région anale.

L'organe principal qui se trouve dans la région qui fait le sujet de nos études, est la partie inférieure du rectum; il occupe à peu près la partie antérieure du tiers moyen. Cette portion de l'organe défécateur présente deux courbures, une, supérieure, dont la concavité est en avant et correspond au bas-fond de la vessie, et l'autre, inférieure, étendue de la base de la prostate à l'anus, présentant une disposition inverse, c'est-à-dire, une concavité du côté du coccix. Cette dernière courbure mérite d'être connue, soit pour introduire des corps dilatans dans le rectum, soit pour administer les lavemens. C'est, sans contredit, à la disposition qu'elle offre, que doivent être rapportées les difficultés, et quelquefois l'impossibilité que des garde-malades éprouvent pour faire prendre un clystère. C'est à l'ignorance de cette particularité anatomique que doivent être attribués les trois cas de perforation de l'intestin, signalés par M. Velpeau, et survenus par suite de la manière vicieuse de diriger le siphon de la seringue. On préviendra de semblables accidens en poussant l'instrument, *d'abord obliquement de bas en haut et de derrière en devant, pour se diriger ensuite en haut et en arrière.* (Velpeau, *Anat. chirur.*) Chez les enfans, la seconde courbure du rectum n'existe presque pas. A partir du milieu de la hauteur du sacrum jusqu'à sa terminaison, l'intestin s'incline légèrement à gauche; c'est du moins ce que j'ai remarqué sur plusieurs sujets. Le lithotomiste ne doit pas oublier ces particularités anatomiques. La partie du rectum, qui forme la première courbure, est dilatée, et surtout très-dilatable : c'est dans cette partie que séjournent les matières fécales pendant les intervalles qui séparent les actes de la défécation. La dilatation est très-prononcée chez les vieillards, chez les personnes habituées à retenir les selles, ou sujettes à la constipation. La tunique musculeuse est presque entièrement formée dans cet endroit par les fibres longitudinales.

Les dispositions que présente cette portion de l'intestin méritent d'être connues du chirurgien : en effet, dans la lithotomie latéralisée ou bilatérale, un état de dilatation trop considéra-

ble de cet organe l'expose à être lésé, lors même que le praticien se conformerait aux règles générales; et si, dans l'opération de la fistule à l'anus, on a été obligé d'inciser le rectum à une grande profondeur, et qu'il survienne une hémorrhagie, l'introduction d'un corps cylindrique et dur serait un moyen inefficace pour arrêter la perte du sang. Il faudrait, dans ce dernier cas, introduire des corps élastiques jusque dans la portion la plus dilatée de l'intestin, et établir ainsi une compression par un véritable tamponnement. C'est de cette manière que M. Naudin, professeur à l'école de médecine de Toulouse, remédia à un semblable accident qui ne se manifesta que plusieurs heures après l'opération.

La dernière partie du rectum est resserrée et bien moins dilatable que la précédente; des fibres charnues circulaires la constituent presque en totalité. Sa cavité présente un rétrécissement correspondant au sphincter interne. Ce point rétréci est sensible à l'œil et au toucher sur le cadavre; il est surtout très-appréciable pendant la vie, lorsqu'on introduit le doigt dans l'anus, soit pour constater l'état de l'intestin, soit pour explorer la glande prostate ou le bas-fond de la vessie. Il est plus prononcé encore lorsque le sphincter est le siége d'un état de contraction spasmodique. Ce rétrécissement sépare cette partie de la précédente; il est formé, non-seulement par le sphincter interne, mais aussi par des fibres aponévrotiques du feuillet interne ou intestinal de l'aponévrove ischio-rectale qui entoure et soutient l'extrémité du rectum (aponévrose moyenne du périnée de M. Cloquet). Au-dessous de ce rétrécissement naturel, l'intestin se dilate légèrement pour être bientôt resserré de nouveau par le muscle sphincter cutané ou anal.

La membrane muqueuse forme des rides transversales et longitudinales. Les premières sont bien marquées, surtout au-dessus du rétrécissement qui vient d'être signalé. Elles forment là des espèces de valvules qui ont quelque ressemblance avec celle du pylore, et qui ont été désignées sous le nom de *lacunes* de *Morgagni* et tout récemment sous celui de *valvules* de *Houston*. Elles forment des espèces de fossettes ou de dépressions tournées en haut. Ces particularités anatomiques varient beaucoup suivant les sujets. Le rétrécissement et les espèces de replis membraneux dont il s'agit retiennent les matières fé-

cales et les corps étrangers qui s'y trouvent mêlés. Irritée par leur présence, la membrane muqueuse peut s'enflammer, s'ulcérer, et devenir ainsi l'origine d'un abcès et d'une fistule. Dans ces cas, l'orifice interne est situé à un pouce ou à un pouce et demi de l'anus. Lorsque la perforation de l'intestin est au-dessous du rétrécissement, elle est due ordinairement à la déchirure ou ulcération de quelque veine variqueuse, de quelque hémorrhoïde. Ces tumeurs, quelle qu'en soit la nature, laissent couler plus ou moins de sang, et le point par lequel ce liquide est sorti peut devenir l'ouverture interne d'une fistule. Sur cent fistules dans cette région, dit M. Ribes, il y en a quatre-vingt-dix-neuf qui sont formées par ce mécanisme.

Ces explications sont vraies dans la majorité des cas, mais elles ne sont pas applicables aux circonstances où l'orifice supérieur du trajet fistuleux est placé à quatre ou cinq pouces au-dessus de l'anus, comme l'ont observé Desault, Boyer, MM. Roux, Velpeau, et autres praticiens. Cependant, dans ces derniers cas, rares à la vérité, l'anatomie peut encore fournir des données utiles. En effet, l'intestin rectum présente, au-dessus de la région anale, un autre rétrécissement naturel que M. Nelaton a récemment découvert, placé à quatre pouces ou quatre pouces et demi de l'anus, et formé par une espèce d'anneau musculeux, auquel cet anatomiste a proposé de donner le nom de *sphincter supérieur*. (Velpeau, *Anat. chirurg.*) C'est dans cet endroit que se montrent le plus souvent les rétrécissemens organiques, ou coarctations du rectum; c'est encore au-dessus de ce point que peuvent commencer des trajets fistuleux qui viennent se terminer à la marge de l'anus, après avoir marché pendant plus ou moins long-temps entre les tuniques de l'intestin, ou bien entre ces tuniques et les feuillets aponévrotiques qui les recouvrent. Le pus peut filtrer aussi, dans ce cas, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entre le rectum entièrement perforé et la face externe de la membrane séreuse. Dans cette occurrence, la cloison qui séparerait le trajet fistuleux de la cavité, de l'intestin, pourrait être incisée jusqu'au-dessus des limites où le péritoine cesse d'envelopper cet organe, sans que cette membrane, qui se trouverait sur le côté externe du trajet fistuleux, fût intéressée dans sa continuité.

La membrane muqueuse n'est unie aux fibres musculaires

qui l'entourent que par un tissu cellulaire lâche, dans lequel se divisent un très-grand nombre de vaisseaux capillaires artériels et veineux. La laxité de ce tissu est plus prononcée dans l'enfance que dans les autres âges de la vie ; de là, la plus grande fréquence chez les enfans de ce qu'on appelle *chute du rectum*. Cette maladie peut dépendre du renversement des deux tuniques de l'intestin, même d'une espèce d'invagination ; mais elle n'est due le plus souvent qu'au bourrelet formé par la procidence de la muqueuse. L'abondance des vaisseaux capillaires qui s'y distribuent est si grande, et son tissu si spongieux, surtout à l'orifice de l'anus, quelle s'hipertrophie avec facilité chez les sujets hémorrhoïdaires, au point de faire croire au premier examen que l'altération comprend toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

Il faut se rappeler aussi dans les abcès fistuleux de la région anale, que la manière lâche dont la membrane muqueuse est unie à la tunique musculeuse, permet au pus et aux humidités stercorales de filtrer entre ces deux tuniques avant d'érailler ou de perforer les fibres musculeuses. Il arrive souvent que la suppuration, avant de se montrer sous les tégumens de la marge de l'anus, monte entre les deux tuniques, décolle la muqueuse à une hauteur plus ou moins considérable, de manière que le stylet explorateur file entre elles jusqu'à la hauteur de plusieurs pouces, tandis que l'orifice interne de la fistule n'a son siége qu'à quelques lignes au-dessus de l'anus. On conçoit aussi qu'un abcès qui se sera formé dans le tissu cellulaire qui sépare les tunique muqueuse et musculaire, sortira plutôt du côté de l'intestin qu'à travers la membrane musculeuse et les expansions fibreuses qui la fortifient, et qu'il s'établira ainsi une fistule borgne interne dont la suppuration s'évacuera par l'ouverture anale jusqu'à ce qu'elle soit devenue complète. L'intestin rectum a pour usage, non-seulement de concourir puissamment à la défécation, mais encore de servir de réservoir aux matières stercorales pendant un temps plus ou moins long. Le praticien doit se rappeler que, dans les dépôts qui avoisinent cet organe, la suppuration contracte l'odeur, et quelquefois la couleur de ces matières, quoique l'abcès ne communique point dans sa cavité. L'odeur et la couleur du pus, jointes quelquefois à la sortie d'un peu de gaz par l'ouver-

ture extérieure, ont trompé maintes fois les jeunes praticiens, et ont embarrassé même le chirurgien expérimenté sur le véritable diagnostic de la maladie. La présence du gaz peut dépendre de la décomposition des tissus malades dans les abcès gangreneux, par exemple, ou de l'introduction de l'air extérieur pendant les pansemens. Si d'autres caractères pris de l'examen plus approfondi des matières évacuées par l'orifice fistuleux, si l'exploration à la faveur d'un stylet approprié ne donnent pas des résultats non équivoques, des injections, soit par le rectum, soit par l'ouverture du dépôt, au moyen d'un liquide d'une couleur tranchée, comme le lait, pourront dissiper toute espèce de doute sur la perforation ou la non perforation de l'intestin.

Le rectum est, sans contredit, l'organe le plus important de la région dont nous traitons; mais les autres parties qui concourent à la composer méritent aussi toute l'attention du praticien. Ces parties sont la peau, le tissu cellulaire, des faisceaux musculaires, des aponévroses, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs.

1.° La peau est très-mince au pourtour de l'anus; elle s'épaissit en arrière et sur les côtés, où elle est recouverte par des poils : elle renferme des follicules muqueux, qui sont très-nombreux à la circonférence de cette ouverture. Ils sécrètent une matière qui, chez certains sujets, est abondante, et provoque souvent de la démangeaison, et quelquefois des ulcérations superficielles. En s'enfonçant dans l'intestin et en se confondant avec la membrane muqueuse, elle forme des replis rayonnés, tout autour de l'anus : ces replis se continuent à une certaine profondeur dans l'intestin; ils s'effacent pendant l'émission des matières stercorales. Dans la maladie connue sous le nom de chute du rectum, l'excision plus ou moins profonde de ces replis, à la fois cutanés et muqueux, a donné les résultats les plus satisfaisans entre les mains de praticiens habiles, sans doute en produisant entre la muqueuse et les parties adjacentes des adhérences plus fortes et un tissu inodulaire plus serré et plus contractile. C'est dans ces replis radiés, et dans une direction parallèle à la leur, que s'établissent les *fissures* ou *gerçures* de l'anus, maladie qui n'est bien connue que depuis les recherches et observations très-intéressantes publiées par le célèbre Boyer.

2.° Le tissu cellulaire doit être distingué en sous-cutané ou superficiel, et en inter-aponévrotique et inter-musculaire ou profond. On le trouve principalement dans les régions latérale et postérieure. Le tissu cellulaire sous-cutané est peu abondant dans les environs de l'anus, où il unit la peau au muscle sphincter externe d'une manière serrée ; aussi ne se développe-t-il dans cet endroit que des abcès peu considérables. Il devient plus abondant et renferme de la graisse sur les parties latérales, où il se continue avec la couche celluleuse sous-cutanée de la région fessière.

Le tissu cellulaire profond doit être considéré sur les côtés, en arrière et en avant de la région que nous étudions.

Sur les côtés, ce tissu forme trois plans : le premier est placé au-dessus de la couche sous-cutanée, dont elle est séparée par un *fascia*, ou toile cellulo-fibreuse et musculaire à mailles non serrées, situé au niveau de la tubérosité ischiatique, du coccix et du sphincter externe avec les fibres les plus excentriques duquel ce fascia se confond. Ce plan forme une masse cellulo-graisseuse qui remplit un espace inter-aponévrotique, placé entre l'ischion et le rectum d'un côté, le muscle transverse et le bord interne du muscle fessier et le coccix de l'autre ; c'est l'excavation, ou fosse ischio-rectale de M. Velpeau. Le fond de cette cavité est plus développé que le reste de son étendue : il commence en avant par une espèce de cul-de-sac que j'ai reconnu sur le vivant, aussi bien que sur le cadavre, au-dessus du muscle transverse du périnée, et se termine au coccix et au-dessus du bord interne du grand fessier. Son étendue, dans ce sens, est de deux à trois pouces ; d'un côté à l'autre, c'est-à-dire du rectum à l'ischion, elle offre de quatorze à dix-sept lignes. La partie la plus élevée correspond au fond de l'escavation que forme dans le bassin l'aponévrose pelvienne, à peu près au niveau d'une ligne qui irait de la partie postérieure du corps du pubis à l'épine ischiatique. La totalité de cette fosse est tapissée par les deux feuillets de l'aponévrose ischio-rectale. C'est dans cette masse de tissu cellulaire adipeux que se développent les abcès phlegmoneux et gangreneux chez les personnes hémorrhoïdaires, et chez celles dont la région anale est le siége d'une irritation ou d'une compression plus ou moins considérable, continue, ou fréquemment renouvelée. C'est dans

ce même tissu que peuvent se développer les collections purulentes qui ont souvent pour résultat des fistules borgnes externes ; c'est encore dans son épaisseur que se forment les abcès stercoraux qui précèdent les fistules complètes, ainsi que ces clapiers intarissables qui compliquent quelquefois ces maladies. (Velpeau, mes observations particulières.)

Le second plan, formé par le tissu cellulaire latéral, est situé entre le feuillet interne de l'aponévrose ischio-rectale (partie postérieure de l'aponévrose moyenne du périnée de plusieurs auteurs), et le feuillet rectal de l'aponévrose pelvienne (aponévrose supérieure du périnée). Au milieu de ce plan se trouve le muscle releveur de l'anus. Enfin, le troisième plan est entre la face supérieure du dernier feuillet aponévrotique et le péritoine ; c'est le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ces divers plans celluleux expliquent les différences qu'offrent les dépôts et les fistules de la région anale, ainsi que les infiltrations purulentes ou urineuses qui se manifestent à la suite de la cystotomie sous-pubienne et des incisions profondes de l'intestin.

En arrière, la région de l'anus offre une quantité considérade tissu cellulaire lamelleux. Il sépare le rectum du coccix et de la face antérieure du sacrum, et se continue avec celui de la région lombaire, à la faveur du méso-rectum. Il rend facilement raison de la manifestation, à la marge de l'anus, d'une collection purulente dont la source se trouve dans la carie de quelque vertèbre appartenant à cette région, dans la lésion organique des reins, etc. L'abondance et la laxité de ce tissu permet au pus, qui a son siége sur un côté du pourtour de l'anus, de se répandre sur le côté opposé. Il résulte aussi de cette disposition anatomique, que le pus qui se forme à la partie postérieure de la région anale peut s'infiltrer profondément dans le bassin avant de venir développer une tumeur fluctuante sous les tégumens qui entourent l'extrémité inférieure de l'organe défécateur. Les mêmes inconvéniens peuvent avoir lieu, quoique bien plus rarement, dans les abcès qui ont leur siége sur les parties latérales. Le précepte établi par les maîtres de l'art, et qui recommande d'ouvrir les dépôts de la région anale au premiers indices de l'existence du pus, se trouve donc pleinement justifié.

C'est, sans doute, la connaissance de la disposition anatomique de la partie postérieure de la région anale, qui suggéra à

M. Amussat l'idée de l'opération nouvelle, ingénieuse et hardie, par lequel il a cherché à remédier à l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum. Elle consiste à aller, par une dissection méthodique, à la recherche de la fin du tube intestinal, en suivant la face antérieure du coccix et du sacrum; à séparer le rectum des parties voisines, une fois que sa présence a été reconnue; à ouvrir le cul-de-sac qu'il forme, à l'attirer, par des tractions douces et ménagées, jusqu'au niveau de la plaie des tégumens; enfin, à le fixer contre les lèvres de cette plaie au moyen de plusieurs points de suture, et à établir ainsi, par la voie naturelle, un anus artificiel. M. Amussat préfère sa méthode à celle de Littre, dont il fait ressortir tous les inconvéniens. Sans rien préjuger sur le sort futur de cette opération nouvelle, je rappellerai que l'inventeur l'a pratiquée avec succès sur une bien jeune fille, chez laquelle il fut obligé d'aller chercher l'intestin à la hauteur de la base du sacrum. (*Gazette médicale.*)

En avant, et sur la ligne médiane, le tissu cellulaire est rare et serré; aussi des abcès ne s'y développent presque jamais, et la suppuration, qui se forme quelquefois au-dessus des muscles transverses, dans le prolongement antérieur de l'excavation ischio-rectale, passe difficilement d'un côté à l'autre. C'est à l'organisation serrée du tissu cellulaire qu'est due l'adhérence étroite qui existe entre le rectum, la partie moyenne du bas-fond de la vessie et la prostate. C'est à la faveur de cette union intime et du peu d'épaisseur de la cloison recto-vésicale, qu'on peut explorer cette glande, ainsi que le réservoir de l'urine, à l'aide d'un ou de deux doigts introduits dans l'intestin; extraire les calculs urinaires par la méthode recto-vésicale, et pratiquer la ponction de la vessie, par le rectum, dans le cas de rétention d'urine. C'est aux rapports étroits qui existent entre le rectum et le commencement de l'urètre, que nous devons l'avantage, dans le cas de cathétérisme urgent et difficile, de pouvoir, à l'aide de l'index introduit dans l'anus, diriger le bout de la sonde, et lui faire franchir les portions membraneuse et prostatique de ce canal, en suivant la voie naturelle, et prévenir ainsi les fausses routes, dont les effets sont toujours si dangereux. C'est encore par ces mêmes rapports qu'on peut se rendre raison de la rétention d'urine qui complique quelquefois les abcès à la région anale.

Cependant il existe entre le bulbe de l'urètre, la portion membraneuse ou musculeuse de ce canal, et la dernière portion du rectum, un espace fort important à connaître : c'est l'espace *recto-urétral;* sa forme est triangulaire, et présente un côté antérieur ou urétral, un côté postérieur ou intestinal, deux parties latérales, une base et un sommet. Le côté antérieur est formé par le bulbe et par la portion membraneuse de l'urètre; son étendue est de douze à quatorze lignes; le côté postérieur répond à la partie antérieure du rectum, et présente une ou deux lignes de moins. Les parties latérales répondent aux muscles ischio-caverneux, à la racine du corps caverneux, aux vaisseaux et nerfs honteux, à l'origine de l'artère transverse, à des fibres du muscle releveur de l'anus, et aux feuillets aponévrotiques qui recouvrent et protégent ces parties. La base est à la peau; elle s'étend de la partie antérieure de l'anus à la partie postérieure du bulbe. La distance entre ces deux points est de sept lignes et demie à dix lignes chez l'adulte. Le diamètre transversal va de la partie antérieure de la tubérosité sciatique au même point du côté opposé; il offre au moins deux pouces. Le sommet de l'espace qui nous occupe est placé à la pointe de la prostate. La distance qui le sépare du milieu de la base est de treize à seize lignes; je parle toujours de l'âge adulte. Le bulbe, la portion membraneuse et le rectum, forment, chacun de son côté, une saillie dans l'espace recto-urétral. La saillie qui dépend de la présence de l'intestin varie suivant l'état de plénitude ou de vacuité de cet organe, et suivant son état de dilatation ou de contraction. L'intervalle qui existe entre le côté urétral et le côté rectal diminue à mesure qu'on s'approche de la prostate, de sorte que sa partie supérieure, la portion membraneuse de l'urètre, n'est séparée du rectum que par l'aponévrose qui la fortifie, et par du tissu cellulaire serré et élastique qui ne renferme point ou presque point de graisse.

On trouve, dans l'espace dont il s'agit, 1.° sur la ligne médiane, le commencement de l'aponévrose superficielle du périnée, l'intrication musculeuse, celluleuse et aponévrotique qui résulte de la réunion des muscles transverse, bulbo-caverneux, sphincter externe; le *fascia* musculo-aponévrotique qui sépare la région anale du périnée, proprement dit, centre de l'aponévrose moyenne, et fortifie la portion membraneuse de l'urè-

tre, et quelques rameaux de l'artère transverse; 2.° sur les côtés, l'aponévrose superficielle, les muscles transverses, l'artère honteuse inférieure, l'aponévrose moyenne, le tronc de l'artère transverse, du tissu cellulaire dans l'intervalle qui sépare la partie postérieure des muscles bulbo-caverneux et ischio-caverneux.

La connaissance de l'espace recto-urétral est indispensable pour pratiquer d'une manière régulière la cystotomie sous-pubienne; car, dans toutes les méthodes dites périnéales, les instrumens doivent parcourir le triangle dont nous nous occupons. Cette connaissance est très-nécessaire aussi pour inciser convenablement les abscès fistuleux qui peuvent s'établir dans l'espace dont il est question, ou dans son voisinage. Elle est encore très-utile pour opérer d'une manière rationnelle l'extirpation de la partie inférieure du rectum dans le cas de cancer.

3.° Les muscles qui concourent à la composition de la région anale, sont disposés en forme d'anneau ou de faisceaux autour de l'extrémité inférieure du rectum. Plusieurs de ces faisceaux ont reçu des noms particuliers. En allant de bas en haut, on trouve à la partie médiane le muscle sphincter externe ou anal, quelques fibres qui se détachent des muscles bulbo-caverneux et transverse du périnée, et qui s'entrelacent autour de l'anus; plus haut se trouve le sphincter interne. Sur les côtés, on rencontre les diverses portions du muscle releveur de l'anus et de l'ischio-coccigien, portions qui ont été considérées par quelques auteurs comme des muscles particuliers; de là, les dénominations de muscles cocci-pubien, sacro-pubien, de muscle de Santorini.

Ces faisceaux musculeux, ceux du releveur de l'anus, surtout, fortifient la partie inférieure de l'organe défécateur, et facilitent le mécanisme de ses fonctions. De concert avec les aponévroses, ils forment une espèce de plancher, opposé à celui que représente le diaphagrame; ce sont eux qui ferment la partie inférieure du tube digestif, et qui retiennent ses matières fécales dans la partie la plus évasée de l'intestin. Aussi, lorsqu'ils sont atteints de paralysie, la constipation, ou bien l'incontinence de ces matières, en est-elle la suite, et leur état de contraction spasmodique rend les selles difficiles et tellement douloureuses quelquefois, que l'incision de leurs fibres les plus concentriques,

celles qui constituent les muscles sphincters, devient nécessaire, comme cela s'observe dans le cas de fissure à l'anus. Une fois réunis autour de l'extrémité du rectum, les faisceaux musculaires sont serrés entre eux, entrelacés les uns avec les autres, et quelquefois ils se croisent en avant et en arrière. Les fibres les plus centrales et les plus élevées, disposées en forme d'anneaux plus ou moins complets, sont considérées comme formant ce que l'on désigne communément sous le nom de *sphincter interne*. D'après les recherches le plus récemment publiées, elles ne peuvent être regardées comme la concentration et la terminaison des fibres circulaires de la tunique musculeuse; en effet, ces dernières ont déjà presque cessé d'exister vers la partie moyenne de l'intestin, etc.

4.° Les aponévroses de la région anale présentent une grande importance; celles dont il faut se rappeler la disposition sont les suivantes : 1.° le feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale; 2.° la portion moyenne de cette même aponévrose (ligament triangulaire du périnée, aponévrose moyenne); 3.° l'aponévrose propre de la prostate; 4.° l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvillier; 5.° l'aponévrose ischio-rectale; 6.° l'aponévrose pelvienne, ou aponévrose supérieure du périnée. Tous ces organes fibreux ou cellulo-fibreux circonscrivent la région qui nous occupe; mais ceux qui jouent le plus grand rôle sous ce rapport sont les aponévroses pelvienne et ischio-rectale. Par leurs expansions internes, elles forment une espèce de couenne protectrice aux parties latérales de la moitié inférieure de l'intestin. Ces expansions se détachent l'une et l'autre d'un cordon fibreux, étendu de la partie postérieure du pubis à l'épine sciatique, à laquelle M. Velpeau propose de donner le nom de *bandelette aponévrotique pubio-ischiatique*; c'est le tendon supérieur du muscle releveur de l'anus. Cette bandelette concourt à former la ligne de démarcation entre la cavité pelvienne, proprement dite, et la fosse ischio-rectale. De sa partie supérieure se détache l'expansion fibreuse connue sous le nom de feuillet aponévrotique recto-vésical, fourni par l'aponévrose pelvienne, en se réfléchissant de bas en haut et de dehors en dedans pour se perdre insensiblement sur les parties latérales de la vessie et du rectum. De la partie inférieure de la bandelette fibreuse dont il s'agit, partent deux feuillets, l'un in-

terne et l'autre externe. Le premier va recouvrir les parties latérales de l'extrémité inférieure du rectum, et se confond avec les trousseaux musculaires qui l'entourent; sa face supérieure recouvre la face externe du muscle releveur de l'anus. Le second se dirige de haut en bas et de dedans en dehors, revêt une partie du muscle obturateur interne, et va se fixer sur le grand ligament sacro-schiatique, ainsi qu'à la lèvre interne des l'ischion. Ce sont ces deux feuillets aponévrotiques qui forment la cavité ischio-rectale dont il a été déjà parlé.

Il faut se rappeler que toutes les aponévroses dont il s'agit ne sont pas également fortes, également serrées, également fibreuses. Le feuillet recto-vésical de l'aponévrose pelvienne, et le feuillet rectal de l'aponévrose ischio-rectale, par exemple, sont plus minces, moins serrésque les autres feuillets, appartenant à ces mêmes aponévroses; ils sont céllulo-fibreux. Il en est de même de l'aponévrose prostato-péritonéale.

5.° Les vaisseaux artériels qui se rapportent à l'étude de la région anale sont nombreux. Les uns lui appartiennent d'une manière particulière et s'y terminent; les autres sont placés sur ses limites, lui envoient quelques rameaux, et vont se distribuer dans les parties voisines. Les premiers sont les artères hémorrhoïdales, les artères sacrées moyennes et sacrées latérales. La distinction des artères hémorrhoïdales, en supérieures, moyennes et inférieures, est très-utile pour rappeler l'origine et la situation respective de chacune d'elles. Les premières sont la terminaison de l'artère mésentérique inférieure : elles se distribuent principalement dans l'épaisseur de la partie postérieure de l'intestin; elles sont les plus considérables, et peuvent fournir une hémorrhagie abondante, si elles sont lésées dans l'opération de la fistule, surtout chez les personnes hémorrhoïdaires, et dans l'excision de la partie inférieure du rectum atteint de cancer. Dans ces cas, elles ont augmenté de volume. Les hémorrhoïdales moyennes sont fournies par l'artère hypogastrique, et se distribuent spécialement sur la partie antérieure du rectum. Les inférieures, fournies par la honteuse interne sur le côté interne de l'excavation ischio-rectale, peuvent acquérir, comme les précédentes, un volume assez considérable toutes les fois que la région anale est le siége de quelque fluxion chronique. Dans une circonstance, je les ai vu être

fort nombreuses, et fournir une hémorrhagie inquiétante, après l'extirpation de bourrelets formés par l'hypertrophie de la membrane et du tissu cellulaire sous-muqueux de la partie inférieure muqueuse du rectum. La maladie avait été provoquée par une fluxion hémorrhoïdaire fort ancienne : plusieurs applications du cautère actuel furent indispensables pour arrêter la perte du sang. Dans une autre circonstance, je reconnus la présence d'une de ces artères aux pulsations dont elle était le siége, en explorant la cloison qui séparait le trajet d'une fistule de la cavité de l'intestin. Je parvins à l'éviter dans l'opération.

Les artères placées sur les limites de la région anale, et qui sont destinées principalement aux organes génito-urinaires, sont les suivantes : 1.° le tronc de l'artère honteuse interne; 2.° l'artère honteuse inférieure, ou artère superficielle du périnée; 3.° l'artère transverse du même nom.

La première est fixée contre la face interne de l'ischion par le feuillet ischiatique de l'aponévrose ischio-rectale. La deuxième prend naissance de la précédente, ou d'un tronc commun avec la transverse, vers l'angle de réunion de la limite externe avec la limite antérieure, derrière l'insertion du muscle transverse, et va gagner le côté externe du périnée proprement dit, recouverte par la peau et l'aponévrose superficielle. La troisième naît aussi de la honteuse interne, à environ six lignes du point d'origine de la précédente; suit à peu près la direction du muscle transverse, en marchant le plus souvent au-dessus de ses fibres dont elle croise obliquement la direction, vers la ligne médiane, pour se rendre au bulbe de l'urètre, près duquel elle se divise en deux ou trois rameaux.

Le tronc de la honteuse interne, éloignée de l'anus de quinze à vingt lignes, ne saurait être lésé dans les opérations qui se pratiquent sur les régions anales et périnéales, à cause de sa position contre la face interne de l'arcade ischio-pubienne, à moins d'une anomalie bien extraordinaire dans son trajet, ou l'emploi de procédés opératoires vicieux.

L'artère superficielle du périnée, distante du la partie antérieure et latérale de l'anus de douze à quinze lignes, pourrait être atteinte dans le débridement des grands abcès de la marge de l'anus, dont le pus aurait fusé dans la direction de ce vaisseau.

Dans son trajet du point de son origine au bulbe, l'artère transverse est éloignée de la partie antérieure de l'anus de dix à treize lignes. Il est évident que sa lésion serait inévitable, si, dans les dépôts de l'excavation ischio-rectale, on débridait l'espèce de cul-de-sac placé au-dessus des muscles transverses.

6.° Les veines sont de deux ordres, les unes appartienent à la grande circulation, et suivent la distribution des artères, dont elles sont les satellites; les autres appartiennent au système de la *veine porte,* et forment l'origine de la petite veine mésaraïque. Les dernières sont dépourvues de valvules. A cause de cette disposition anatomique, elles absorbent plus facilement les matières qui sont en contact avec leurs orifices, et deviennent ainsi le siége de l'inflammation, qu'elles peuvent transmettre jusque dans les organes les plus essentiels de la cavité abdominale. Par ces circonstances, il est aisé de se rendre compte des accidens graves et souvent funestes qui sont survenus à la suite de l'opération de la fistule, et de l'extirpation de tumeurs hémorrhoïdales ou cancéreuses. Les vaisseaux capillaires sanguins, les veines, surtout, forment, à l'extrémité inférieure du rectum, un lacet très-prononcé. Ses ramifications s'entrelacent avec les vaisseaux lymphatiques, les filets nerveux, des filamens cellulaires et des fibres musculeuses, de manière qu'il en résulte une espèce de tissu érectile qui ressemble à celui des lèvres, et prédispose aux varices, aux hémorrhoïdes et à la dégénérescence carcinomateuse. Je me suis convaincu de cette disposition anatomique pendant que je remplissais les fonctions de prosecteur à l'école de médecine de Toulouse, en répétant les expériences que M. Ribes avait faites à ce sujet. Larrey père, professeur d'anatomie et de physiologie à cette école, toujours jaloux, jusque dans les dernières années de sa longue carrière, de se tenir au courant de la science, voulait bien me diriger dans mes travaux. Il désira de vérifier ce qui avait été avancé par son honorable compatriote dont il estimait à la fois la modestie et le talent. Je me plais à rendre ce témoignage public de ma reconnaissance à la mémoire d'un de mes maîtres, qui, par son zèle et l'amour de la science, s'attira constamment l'admiration de ses nombreux élèves.

7.° Les vaisseaux lymphatiques n'offrent qu'un intérêt secondaire pour l'objet qui nous occupe dans ce moment.

8.o Les nerfs de la région anale n'offrent non plus rien de particulier; ils viennent des deux grands systèmes qui animent tous les organes de l'économie. Ceux qui appartiennent à la vie animale sont fournis par le plexus sacré; ils sont connus sous les noms de nerfs hémorrhoidaux, de nerfs honteux, et de nerf fessier inférieur, ou nerf petit sciatique.

Les filets qui se rapportent au système des ganglions émanent du plexus mésentérique inférieur et du plexus hypogastrique. D'après cela on n'est pas étonné que l'organe défécateur ne soit pas entièrement sous l'influence de la volonté.

Telles sont les notions anatomiques dont j'ai cru utile de faire précéder les observations particulières et les réflexions que je me propose de publier sur les abcès fistuleux idiopathiques de la marge de l'anus. A l'aide de ces notions, on peut s'expliquer les phénomènes divers que présentent ces maladies, se rendre raison des affections nombreuses dont le rectum peut devenir le siége, et exécuter avec la conscience de ce que l'on fait, les opérations qui se pratiquent dans les régions anale et périnéale.

CONSIDÉRATIONS ET RÉFLEXIONS

Sur les préjugés relatifs à la vertu préservatrice de la vaccine contre la petite vérole;

PAR M. CANY.

La plupart des villes de France, et Toulouse en particulier, ont plusieurs fois, depuis peu d'années, été le théâtre d'épidémies de variole, plus ou moins intenses, qui ont attaqué un grand nombre de sujets, parmi lesquels plusieurs avaient été vaccinés depuis plus ou moins long-temps; circonstance qui n'a pas empêché la petite-vérole, dans quelques cas rares à la vérité, de sévir avec la même violence chez ces derniers, que chez les enfans qui n'avaient point reçu l'inoculation de la vaccine, et même de donner la mort à quelques-uns d'entre eux.

Ces observations, vérifiées et certifiées par plusieurs médecins dans des localités différentes, contestées et même niées

par plusieurs autres praticiens, qui pensent que la vaccine doit préserver toujours de la petite-vérole, ont servi de prétexte aux détracteurs de cette précieuse découverte, pour attaquer de nouveau les qualités préservatrices du virus vaccin, qui, selon ces derniers, aurait dégénéré, et ne jouirait plus, par conséquent, de ses vertus primitives.

Dans cet état de choses, il m'a semblé convenable, autant dans l'intérêt de la science que dans l'intérêt de la santé publique, de faire quelques nouvelles recherches sur cet important sujet; et, afin que mes investigations fussent plus fructueuses, j'ai cru devoir examiner surtout les observations qui ont été recueillies et publiées sur cette matière, en Angleterre, depuis le commencement du siècle actuel jusqu'en 1825, période pendant laquelle le virus vaccin, considéré peu de temps après son origine et dans son pays natal, devait posséder les conditions les plus favorables à sa vertu préservatrice.

Or, il résulte de mes recherches que, durant ce nombre d'années, il est arrivé maintes fois que des sujets qui avaient été vaccinés, et chez lesquels les boutons avaient acquis tout le développement propre à la vaccine, furent cependant atteints de la petite-vérole, les uns après un court espace de temps, les autres après plusieurs années; que, dans quelques cas rares, la maladie se termina d'une manière funeste; que, dans d'autres cas plus nombreux, elle fut bénigne, et que, chez le plus grand nombre, la variole se manifesta seulement sous la forme d'une simple varicelle. J'ai dit *sous la forme d'une varicelle*, car, d'après plusieurs médecins anglais d'un grand mérite, cette maladie appartient à la même espèce que la petite-vérole, et ne diffère de celle-ci que parce que la cause qui lui a donné naissance ayant été modifiée, ne peut lui faire parcourir avec la même énergie toutes les périodes propres à la variole, et lui donner la physionomie particulière qui caractérise cette dernière affection.

Les cas de véritable variole observés en Angleterre parmi les individus qui avaient été vaccinés, donnèrent lieu alors dans ce pays, comme aujourd'hui en France, à des déclamations contre l'efficacité de la vaccine, et firent élever des doutes sur sa faculté préservatrice; ce qui nuisit à la propagation de la découverte de Jenner, d'autant plus que l'on croyait

généralement, au-delà comme en deçà de la Manche, que le vaccin avait la propriété de préserver toujours de la variole; vertu que les hommes instruits savent qu'il n'a point, qu'il ne saurait avoir, puisqu'il n'existe dans la nature aucun corps jouissant d'une propriété absolue, c'est-à-dire, capable d'agir toujours de la même manière et de produire constamment les mêmes effets.

Ce préjugé, relatif à la vertu préservatrice de la vaccine, était si fortement établi, au commencement du siècle parmi les médecins anglais, qu'ils étaient persuadés qu'elle devait préserver constamment, non-seulement de la petite-vérole, proprement dite, mais encore de toute espèce d'éruption varioleuse. Aussi, dès que quelque sujet vacciné venait à éprouver une maladie éruptive de ce caractère, ils ne manquaient pas de l'attribuer presque exclusivement à l'imperfection des procédés de vaccination dont on avait fait usage, comme le prouve le passage suivant, extrait d'un rapport fait en 1817, au Comité de Londres, pour la propagation de la vaccine :

« En observant avec soin, disent les rapporteurs, les cas » où la vertu préservatrice de la vaccine paraissait en défaut, » nous nous sommes convaincus, ainsi que l'avaient fait « les membres du Comité de Dublin, que les malades avaient » été soumis à des procédés de vaccination moins parfaits » que ceux qui sont adoptés par le comité depuis 1810, et » dont le succès est *infaillible*. Si l'on s'y conforme désormais, » la vaccine conservera tous ses droits à la confiance géné- » rale, ou, du moins, les exceptions seront trop rares pour » fixer l'attention publique ».

Ainsi, l'opinion relative à la prétendue propriété de la vaccine, de préserver toujours de la petite-vérole, éloignait les esprits de la vérité, et les mécomptes qui arrivaient de temps à autre jetaient de la défaveur sur l'opération salutaire qui devait le plus sûrement garantir de cette maladie les nouvelles générations.

Toutefois, en 1820, les rapports adressés au même Comité étaient devenus si nombreux et si concluans, qu'il fallut bien se rendre à l'évidence; et le Comité, dans son rapport de cette même année, s'exprima de la manière suivante :

« Dans plusieurs contrées, la petite-vérole s'est déclarée » chez beaucoup de sujets vaccinés, et il est incontestable que » les préjugés populaires contre l'efficacité de ce préservatif » ne sont pas tout-à-fait dépourvus de fondement. Après avoir » mis de côté, parmi les observations qui nous sont parve- » nues, celles qui n'ont pas un caractère suffisant d'authenti- » cité, nous sommes forcés de reconnaître qu'il est malheu- » reusement trop bien prouvé que jusqu'ici on a attribué à la » vaccine un pouvoir trop étendu; mais, du moins, elle a » la faculté de modifier la petite-vérole quand elle ne la pré- » vient pas entièrement ».

Et, en effet, nous lisons dans la *Revue britannique* que les épidémies de variole, qui, à la même époque, exerçaient leurs ravages dans la Grande-Bretagne, depuis 1814 et 1815, avaient suffisamment prouvé que la vaccine n'était pas un moyen infaillible de se préserver de leurs atteintes.

En 1818 et 1819, une épidémie semblable régna à Édimbourg et dans les environs, et fit beaucoup de mal. Le docteur Thompson en étudia les caractères et en suivit la marche sur 836 sujets.—281 n'avaient jamais eu la petite-vérole et n'avaient point été vaccinés; dans ce nombre, la mortalité fut d'*un* sur *quatre*. —71 malades étaient atteints de la petite-vérole pour la seconde fois; il n'en mourut qu'un sur 23.—484, c'est-à-dire plus de la moitié, avaient été vaccinés : *un seul succomba*.

« Ce dernier résultat, dit le docteur Thompson, doit pa- » raître bien étonnant, si l'on réfléchit à la gravité de l'épi- » démie et à l'état de santé défavorable qui pouvait aggraver » les effets de la contagion chez quelques-uns des nombreux » individus qui en étaient infectés. Comment méconnaître, » après des faits si concluans, la puissante influence de la vac- » cine, ne fut-ce que pour adoucir le fléau de la petite-vérole? » Aussi les terreurs qu'avait d'abord inspirées l'irruption de » l'épidémie sur des sujets vaccinés, se sont-elles dissipées » quand on a vu le contraste qu'offrait la marche de la ma- » ladie chez ces individus, et celle qu'elle a suivie chez les » sujets non vaccinés. Ce contraste a convaincu de l'immense » utilité de la vaccine les personnes les plus imbues de pré- » jugés. »

Les nombreuses variétés que l'on observe dans les phéno-

mènes de toutes les maladies de la même espèce furent aussi remarquées dans l'épidémie variolique d'Édimbourg, soit que les sujets eussent été ou n'eussent pas été vaccinés; car la nature ne saurait s'assujettir jamais à aucune règle invariable.

Lorsque la variole avait attaqué des sujets qui en avaient déjà été atteints une première fois, ou qui avaient été inoculés, on observa que l'intervalle des deux maladies avait été tantôt long et tantôt fort court, depuis dix jours jusqu'à trente ans. La fièvre qui précédait l'éruption était le plus souvent très-intense et quelquefois presque insensible. En certains cas, les boutons semblaient appartenir à des variétés de la varicelle; en d'autres cas, ils offraient les caractères de la petite-vérole discrète; quelquefois aussi ils présentaient les symptômes d'une véritable confluente.

On fit beaucoup d'observations sur des sujets vaccinés, attendu que la terreur, inspirée par l'épidémie, avait déterminé un grand nombre de personnes à recourir à la vaccine. Toutes ces observations prouvent à quel point ce préservatif atténuait le mal quand il n'avait pas assez de puissance pour le prévenir tout-à-fait; il ne se trouva en défaut que lorsqu'on l'avait employé trop tard.

En 1820, le docteur Cross publia un rapport sur l'épidémie variolique qui se manifesta à Norwich en 1819, et qui fit périr 630 individus. Cet auteur y a signalé les mêmes phénomènes observés par le docteur Thompson sur les sujets vaccinés, non vaccinés, ou précédemment atteints de la petite-vérole. Ces observations ont exactement confirmé ce fait, que, dans une épidémie intense de variole, tous les sujets, vaccinés ou non, sont exposés à l'affection régnante; mais les premiers n'en éprouvent ordinairement qu'une atteinte légère, et presque toujours sans danger. « Cependant je ne pense pas, dit M. Cross, » que la vertu du vaccin se soit affaiblie; je nie également » que tel procédé de vaccination soit meilleur que tel autre » Ces divers systèmes n'ont été imaginés que pour défendre la » vaccine du reproche de ne point préserver toujours de la » variole. »

Les observations que je viens de rapporter, et dont l'exactitude ne saurait être contestée, suffisent pour prouver qu'en Angleterre, même dès les années qui suivirent l'époque des

premières vaccinations, les individus vaccinés ne furent pas toujours à l'abri de la petite-vérole, témoin l'épidémie variolique d'Édimbourg, où, sur 836 individus, atteints de la maladie, 484 avaient été vaccinés. Malgré ces nombreuses exceptions, les propriétés prophylactiques de la vaccine n'en furent pas moins reconnues par la plupart des médecins de ce pays, lesquels continuèrent à la considérer comme le meilleur préservatif de la variole.

D'après ce qui précède, on ne doit plus s'étonner de voir quelquefois en France des sujets vaccinés être atteints par la petite-vérole, même d'une manière violente, car la vaccine n'a point et ne saurait avoir, je le répète, la merveilleuse propriété de garantir de cette affection plus sûrement dans notre pays que dans sa propre patrie. Au lieu de nier ces faits, qu'il n'est pas possible de détruire, il serait plus sage de les avouer, en les considérant toutefois comme des faits exceptionnels qui ne servent qu'à démontrer de la manière la plus évidente l'efficacité de la vaccine contre la variole, puisque, lorsqu'elle n'a point assez d'action pour la prévenir entièrement, elle modifie le plus souvent cette maladie de manière à la rendre presque toujours bénigne, même alors que l'épidémie régnante exerce les plus grands ravages parmi les individus qui n'ont point fait usage du préservatif.

On a eu récemment l'occasion de vérifier cette vérité dans l'épidémie de variole qui a régné à Toulouse durant les premiers mois de 1838. Un grand nombre d'enfans qui n'avaient pas été vaccinés ont payé leur tribut à cette maladie, et la mortalité a été considérable parmi eux ; on sait aussi que plusieurs sujets vaccinés ont été atteints de l'épidémie, mais que la petite-vérole s'est montrée d'ordinaire chez ces derniers sous un aspect très-benin, et qu'il n'y a eu parmi eux que quelques cas très-rares de décès, dont la cause pouvait même être attribuée plutôt à des imprudences de régime ou à des prédispositions individuelles, qu'à l'intensité de la variole.

Pour ce qui me concerne, c'est surtout dans les salles d'asile, destinées à recevoir les enfans de l'âge de deux à six ans, que j'ai été à même de reconnaître l'existence de la variole chez des sujets vaccinés, et cependant il ne m'est jamais venu à l'idée d'attribuer le développement de la petite-vérole, dans

ces cas particuliers, à la dégénération du vaccin, car mon opinion sur ce sujet est la même aujourd'hui que celle que j'ai toujours professée, et que j'ai publiée, en 1826, dans le *Journal des Sciences médicales de la Haute-Garonne,* dans un mémoire relatif à la non dégénérescence de ce virus, lequel, considéré par moi comme un germe animal, doit posséder, *en général,* de même que les graines végétales, la faculté de se régénérer indéfiniment avec toutes ses propriétés primitives, en se transmettant d'un individu à un autre par le moyen de l'inoculation, lorsque toutes les circonstances sont favorables à son développement.

Vainement, dans l'espoir de remédier à la prétendue détérioration de la vaccine, parviendrait-on à renouveler le vaccin dont on se sert partout en France, en employant exclusivement du virus extrait récemment du cowpox; l'expérience, devant laquelle toutes les opinions erronées doivent enfin venir se réformer, ne tarderait pas à convaincre, même les partisans les plus obstinés de la dégénérescence, de l'inutilité de cette précaution, incapable, selon moi, de produire le résultat désiré, car les exceptions de variole ne manqueraient pas de se reproduire, alors comme aujourd'hui, parmi les sujets vaccinés, pour confirmer, au lieu de la détruire, la règle invariable tracée par la nature.

A mon avis, ce n'est pas à l'affaiblissement de la vertu préservatrice du vaccin que l'on doit attribuer la manifestation des cas de variole chez les sujets vaccinés; je crois, au contraire, qu'il ne faut les rapporter qu'à l'indifférence, et même à l'éloignement de beaucoup de parens pour la vaccination, et surtout à la coupable négligence des directeurs et des directrices des établissemens consacrés à l'éducation de la jeunesse, qui, pour la plupart, admettent dans les écoles publiques tous les enfans indistinctement, sans s'assurer s'ils ont été ou s'ils n'ont pas été vaccinés; ce qui favorise l'invasion de la petite-vérole parmi eux, et donne lieu aux épidémies de ce genre qui affligent fréquemment nos contrées.

Or, si nous considérons de quelle manière se comporte la variole dans sa marche envahissante, nous voyons qu'*elle n'attaque, exclusivement à son début, que les individus qui n'ont pas été vaccinés,* et que ce n'est que lorsqu'elle frappe

dans le même temps un nombre assez considérable de ces derniers, que les sujets vaccinés, aussi bien que ceux qui ont déjà eu la petite-vérole, sont exposés à ses coups, car il est sans exemple que ceux-ci en aient été atteints les premiers.

D'après ces motifs, le simple bon sens dit ce que l'on doit faire pour remédier au mal dont on se plaint. Ainsi, veut-on garantir les individus vaccinés contre la variole? Il faut prévenir ou empêcher la naissance de la variole, et, pour obtenir infailliblement ce dernier résultat, il n'y a qu'un seul moyen à employer, c'est de propager la vaccination par tous les moyens possibles, et de la rendre, pour ainsi dire, obligatoire à tous les enfans.

Pour atteindre ce but, il serait convenable que les préfets des départemens rappelassent aux instituteurs et institutrices primaires, ainsi qu'aux directrices des salles d'asile de leur ressort, l'obligation où ils sont de n'admettre dans leurs établissemens respectifs que les enfans vaccinés seulement, et qu'ils prissent, à l'égard de ces fonctionnaires, les mesures les plus sévères pour leur faire accomplir ce devoir important.

Il serait bien aussi que les mêmes autorités ordonnassent à chaque vaccinateur cantonnal, de se transporter dans les salles d'asile et dans les écoles communales de sa circonscription, pour s'assurer si la loi est exécutée, et pour vacciner les enfans dont l'admission aurait été ajournée.

Ce n'est, en effet, que par l'exécution rigoureuse de ces mesures, autrement dit, par l'adoption générale de la vaccine, que l'on pourra parvenir à extirper le fléau qui afflige chaque année un grand nombre de familles, et à en mettre parfaitement à couvert les individus vaccinés, de même que les personnes qui ont déjà eu la petite-vérole, lesquels, dans les épidémies de variole, sont aussi exposés, mais à un degré moindre, que les sujets non vaccinés, à contracter cette affreuse maladie.

RAPPORT

SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A TOULOUSE pendant le mois de Mai 1838,

PAR M. D. BERNARD.

Sous l'influence d'une température modérée, mais rendue humide par la grande quantité de pluie tombée dans le mois qui nous occupe, nous avons vu le nombre des malades s'augmenter d'nne manière vraiment remarquable. Cependant, et je crois important de tenir compte de ce fait, les variations barométriques ont été peu marquées, et beaucoup moins même que pendant les mois précédens. Les vents qui ont soufflé, et qui tour à tour se sont succédés, ne peuvent non plus nous rendre compte de cet accroissement subit dans le nombre des malades, accroissement que tous nos confrères ont signalé. Il ne nous reste donc, pour trouver la cause de ce phénomène, qu'à la rapporter à l'humidité qui, tantôt froide, tantôt tiède, suivant l'élévation ou l'abaissement du thermomètre, n'a cessé de régner durant le mois entier.

Au premier rang des maladies nombreuses qui se sont montrées à nous, nous devons placer encore les fièvres intermittentes, et surtout les intermittentes tierces. Dans la pratique particulière, comme dans les hôpitaux, les prisons et les autres établissemens publics, elles ont sévi sur un grand nombre de personnes. Simples, elles ont cédé facilement à l'emploi du sulfate de quinine; mais il n'en a pas été de même lorsqu'elles ont pris le caractère pernicieux : un certain nombre de malades ont même succombé dans ce cas, et quelquefois pendant le premier accès. Dans une famille composée de cinq individus, et habitant sur les bords du Canal, trois personnes ont péride cette manière; le père et une autre fille, également atteints de cette maladie, ont été sauvés à l'aide du sulfate de quinine, la cessation du premier accès ayant permis de leur administrer le fébrifuge. Chez les individus qui périrent, la maladie avait débuté par un froid subit et intense, accompagné de céphalalgie violente, et suivi d'une forte chaleur; les périodes, d'ailleurs, n'étaient pas distinctes, étant, pour ainsi dire, masquées par l'al-

tération des fonctions du cerveau. Le premier de ces enfans qui succomba ayant été ouvert, on ne trouva nulle part d'altération capable de rendre raison d'une mort aussi soudaine. Dans quelques cas de fièvres pernicieuses, les accès ont été caractérisés par des syncopes.

Quoique moins fréquentes que les fièvres tierces, les fièvres quartes ont été observées par plusieurs de nos praticiens; l'un d'entre eux a réussi à s'en rendre maître au moyen de l'absinthe en liqueur étendue d'eau.

Il est encore d'autres maladies qui, par leur fréquence, ont caractérisé la constitution médicale du mois de Mai. Ce sont les angines, et surtout les amygdalites. Les anti-phlogistiques en ont le plus souvent triomphé.

Les oreillons méritent aussi d'être mentionnés; ils se sont fréquemment présentés à l'observation de nos confrères. Quelques-uns d'entre eux ont signalé dans ce cas un genre de métastase assez extraordinaire; ils ont vu le gonflement des testicules se montrer sans cause connue sous l'influence de la disparition des oreillons. Dans ce cas, on a rappelé avec succès l'inflammation vers les parotides, à l'aide de cataplasmes émolliens légèrement sinapisés.

Trois cas de fièvre typhoïde ont été observés à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques : les individus qui ont fait le sujet de ces observations étaient tous les trois habitans de Saint-Michel. Les anti-phlogistiques ont amené les plus heureux résultats. Il est bon de faire observer que, dans ces trois cas, la peau était recouverte de pétéchies nombreuses.

Un grand nombre d'enfans ont succombé à des encéphalites aiguës, quel que soit le traitement qui ait été employé. Quelques médecins pensent en avoir guéri quelques-uns à l'aide des anti-phlogistiques et des mercuriaux combinés. Dans un cas signalé par un confrère, la maladie se termina par une fièvre intermittente grave, et fut guérie par la sulfate de quinine. Les congestions cérébrales ont été également signalées. Plusieurs cas de ce genre se sont offets chez des prisonniers; une violente céphalalgie, accompagnée d'une fièvre vive, de soif, d'accablement, d'insomnie, caractérisaient la maladie. Des saignées générales et locales, les révulsifs, la diète, les boissons acidulées, ont enrayé la marche des symptômes. Nous men-

tionnons comme un fait digne de remarque, que, dans ce genre d'affection, la convalescence s'est fait long-temps attendre, et que la fièvre, qui était continue, se prolongeait quelquefois au-delà du second septénaire.

Nous devons encore signaler au nombre des maladies régnantes, des catarrhes aigus assez difficiles à guérir, des érysipèles à la face, qui ont cédé facilement aux moyens ordinaires; des rhumatismes articulaires, des sciatiques, et, enfin, beaucoup de scarlatines qui n'ont offert aucune gravité. Il n'en a pas été de même de la petite-vérole : plusieurs personnes ont péri, mais pas en aussi grand nombre qu'on l'a cru communément.

Nous terminerons en faisant observer de nouveau combien les affections des voies gastriques sont peu nombreuses depuis quelque temps parmi nous. C'est un point de fait vraiment remarquable, et c'est pour cela que nous le signalons à l'attention de tous nos confrères.

Tableau météorologique.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE.
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. O.	N. N. O.	S. E.	
75 c 90m	74 c 20m	22° 1/4	5°	10 j.	9 j.	12 j.	16 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Observations pratiques sur le traitement du Tœnia, par M. Forget.

Déplorant l'inefficacité des remèdes les plus vantés, les mécomptes nombreux que l'on éprouve dans la préférence accordée de nos jours aux médicamens qui surgissent de tout côté sur les moyens antiques, plus dignes, peut-être, de confiance que les médicamens à la mode, M. le professeur Forget semble, dans son travail, vouloir discréditer

le vermifuge par excellence de l'époque actuelle, l'écorce de racine de grenadier. Dans la première observation, ce médicament, administré à la dose classique de deux onces, n'a produit que quelques selles par jour avec plusieurs fragmens de ver. Les pilules de Duncan (fougère mâle et gomme gutte) on fait rendre des portions caudales assez longues de tœnia. Dans la seconde, tous les vermifuges ont échoué. Même inefficacité, dans la troisième dont le sujet est mort des suites d'un cancer au pylore. A l'autopsie, le ver solitaire, d'abord difficile à trouver, fut démêlé au sein des mucosités verdâtres dont il était enveloppé. Ce ver paraît flétri, atrophié, interrompu, et comme dissous dans quelques points; mais il est évident qu'il occupe presque toute l'étendue de l'intestin, depuis la fin du duodenum jusqu'à quelques pouces du cœcum. Il est replié sur lui-même en quelques points. Sa longueur est évaluée à trente pieds environ. On ne peut découvrir l'extrémité céphalique, dirigée en haut, qui s'est fondue, en quelque sorte, dans les mucosités intestinales. La muqueuse des intestins est saine.

Dans la quatrième observation, succès complet de l'écorce de racine de grenadier : le tœnia est rendu en entier. D'abord, la dose de deux onces ne produisant qu'un résultat incomplet, une dose exorbitante et tout-à-fait anormale a expulsé totalement le ver. Il est digne de remarque que cette forte dose n'a causé d'autre accident qu'une imminence de lipothymie, qui peut même s'expliquer par l'expulsion en bloc du ver solitaire.

Ce travail m'a suggéré les réflexions suivantes. Ne demandons aux médicamens que ce qu'ils peuvent nous donner ; gardons-nous d'exagérer leurs vertus thérapeutiques, mais ne leur refusons pas celles qu'ils possèdent à juste titre. Pour quelques fièvres d'accès qui seront rebelles à l'action du quinquina ou de ses préparations, dirons-nous que l'écorce péruvienne n'est pas un puissant fébrifuge ? Ne soyons donc point injustes envers l'écorce de grenadier, et, malgré les quelques observations de M. Forget, où elle s'est montrée infidèle, conservons-lui le rang le plus distingué parmi les remèdes qui ont une action presque spécifique sur le tœnia. Je me propose d'en donner des preuves frappantes dans l'un des prochains numéros, où je dirai la manière de l'employer qui m'a paru le plus favoriser ses effets.

NÉCROLOGIE.

Pour la seconde fois dans une année, la mort nous enlève un collaborateur !

Aujourd'hui, nous avons accompagné à sa dernière demeure Alexis Larrey, à peine âgé de cinquante ans !

Avant hier, notre collègue était plein de vie : rien ne pouvait nous faire pressentir sa fin prématurée. Il est mort subitement en donnant des soins à une femme en couches.

Jean-François-Raymond-Alexis Larrey était né à Toulouse le 7 Octobre 1787. Après avoir fait ses premières études anatomiques et chirurgicales sous les yeux de son père, professeur à l'école de Toulouse, il courut à Paris auprès d'un illustre parent, qui, après l'avoir aidé de ses conseils et de ses exemples, le fit entrer comme chirurgien dans un régiment de la garde impériale.

Larrey eut bientôt l'occasion de mettre en pratique les préceptes qu'il avait reçus. C'était le temps des grandes batailles, et les lauriers de la victoire étaient toujours teints de sang. Il trouva dans l'instruction solide qu'il avait acquise les moyens de soulager nos braves soldats, et de se concilier l'estime de ses chefs. Après avoir fait les campagnes d'Allemagne et d'Espagne, pendant lesquelles il fut plusieurs fois honorablement mentionné dans l'ordre du jour de l'armée, il reçut la récompense qu'il méritait, la croix de la Légion-d'Honneur et la croix de l'ordre de la Réunion.

Larrey rentra dans ses foyers en 1814. Dès-lors il se donna tout entier à la pratique civile, et ne manqua jamais au devoirs de sa profession. Souvent accablé par les exigences d'une clientelle étendue, il n'oublia pas les pauvres ; aussi les pauvres ont-ils pleuré en voyant passer son cercueil !

Alexis Larrey avait été associé de bonne heure aux travaux de la Société royale de médecine, et il tint toujours dignement sa place dans cette compagnie. A beaucoup de savoir, il joignait peut-être trop de modestie, et c'était avec une sorte de défiance qu'il confiait à ses collègues le résultat de ses observations ou de sa critique.

Doué des qualités du cœur qui rendent l'homme cher à tous ceux qui l'entourent, Larrey s'écartait peu du foyer domestique, où il trouvait ses jouissances les plus pures. D'un commerce facile, quoique réservé, il était poli envers tout le monde, mais mettait beaucoup de soin à choisir ses amis.

Ils étaient nombreux, pourtant, autour de sa tombe, lorsque M. Ducasse, d'une voix émue, lui a adressé nos derniers adieux !

Puissent les témoignages unanimes de regrets donnés à notre collègue Alexis, puissent les derniers hommages dont ses restes ont été entourés, puissent ces quelques lignes que je trace ici en signe de deuil, tomber comme une rosée de consolation sur les plaies saignantes de sa famille désolée!

Toulouse, 13 Juin 1838.

A. Dassier.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES
SUR L'ANATOMIE DE LA RÉGION ANALE,

Accompagnées d'observations cliniques d'abcès fistuleux idiopathiques de cette partie, et suivies de réflexions générales sur la thérapeutique de ce genre d'abcès ;

PAR M. G. FOURQUET,

ANCIEN PROSECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

SECONDE PARTIE.

Pour ne pas donner trop d'étendue à mon travail, je me bornerai à relater trois faits qui correspondent aux trois espèces d'abcès admis par les auteurs, *abcès tuberculeux*, *phlegmoneux*, et *gangreneux*.

1.re OBSERVATION.

M. X***, propriétaire aux environs de Toulouse, âgé d'environ 55 ans, était atteint de tumeurs hémorrhoïdales depuis plusieurs années. En 1834, un petit abcès se forma au côté gauche de la marge de l'anus, s'ouvrit spontanément, et fournit une petite quantité de matière (abcès tuberculeux). La suppuration se prolongeant sous forme de suintement, et en quantité variable, M. X*** se fit visiter par son médecin ordinaire, qui reconnut l'ouverture extérieure d'une fistule. Consulté vers la fin d'Août de la même année, j'explorai les parties malades, et je constatai l'existence d'une fistule complète dont l'orifice intestinal se trouvait situé à environ six lignes au-dessus de la marge de l'anus. L'orifice externe était situé à la base et en dehors d'une excroissance hémorrhoïdale ; l'intestin était dénudé un peu au-delà de l'ouverture intérieure.

Aucune circonstance ne contre-indiquant l'opération, le malade est préparé convenablement (deux bains, deux purgations, lavemens, boissons adoucissantes, alimentation diminuée), et est opéré le 3 Septembre. Une sonde d'argent cannelée, boutonnée et flexible, est introduite, sans difficulté, par la fistule, jusque dans l'intestin. L'extrémité de l'instrument est

ramenée en dehors, par l'anus, à l'aide du doigt index placé dans le rectum, de sorte que la sonde forme une concavité qui embrasse la cloison de la fistule, dont un bistouri droit, conduit sur la cannelure, fait la section en un seul temps. La portion dénudée de l'intestin, qui forme une espèce de valvule à la partie la plus élevée du trajet fistuleux, est divisée avec des ciseaux mousses et droits, dirigés à la faveur du doigt indicateur.

Le côté du trajet fistuleux répondant à la fesse est incisé avec un bistouri boutonné, et les bords de l'excroissance hémorrhoïdale, qui pourraient s'opposer à une cicatrisation régulière, sont emportés à l'aide de ciseaux courbes sur leur plat: il n'y a point d'hémorrhagie. Le pansement est fait d'après les règles ordinaires. Les mèches sont progressivement d'un volume décroissant. La guérison, qui fut complète le seizième jour, n'a été interrompue par aucune espèce d'accident consécutif. M. X*** a continué à être sujet au flux hémorrhoïdal.

2.e OBSERVATION.

Le cas qui en fait le sujet m'a été communiqué par mon confrère et ami M. le docteur Desbarraux-Bernard. Il fournit un bel exemple de perforation du rectum et d'abcès consécutif à la marge de l'anus, provoquée par un corps étranger venu du dehors.

« En 1832, le nommé Buissas, pâtissier, âgé d'environ 48 ans, avala par mégarde un os de salé, du volume et de la longueur du pouce. Il ne fit aucune attention à cet accident; cependant quelques jours après, il sentit un corps dur qui était arrêté à la partie inférieure du rectum. Ce corps ne tarda pas à développer de très-grandes douleurs et des élancemens du côté gauche de l'anus. Le malade ne fit appeler personne, et ce ne fut qu'au bout de deux jours, et à la suite de tentatives réitérées d'extraction, que le corps étranger fut expulsé. Je fus alors appelé, et reconnus aussitôt un abcès phlegmoneux très-étendu, dur, occupant presque toute la fesse gauche. Un doigt, introduit dans l'anus, me fit découvrir, à travers une perforation du rectum, une tumeur dure, rénitente, et d'une excessive sensibilité; il n'existait alors aucun point de fluctuation. Des cataplasmes émolliens sont appliqués et des lavemens administrés. Le lendemain, le centre de la tumeur s'étant ramolli, une incision fut pratiquée, et donna issue à un pus fétide, noirâ-

tre, mêlé de sang, qui s'échappait en même temps par l'anus. Il fut facile alors de reconnaître, à l'aide du doigt, la vaste communication qui existait entre la cavité de l'intestin à environ un pouce au-dessus de l'anus, et le foyer purulent que l'indicateur parcourait de dedans en dehors jusqu'à l'ouverture pratiquée à l'aide du bistouri.

» Mon confrère le docteur Rolland, appelé en consultation, fut, ainsi que moi, d'avis de laisser dégorger les parties et calmer l'inflammation, avant d'entreprendre la guérison du trajet fistuleux. Ces résultats ne se firent pas attendre long-temps, et quelques jours après, assisté de mon confrère, je pratiquai l'opération indiquée en pareil cas, en ayant soin, après la section de la cloison, de diviser, à l'aide de ciseaux, le rectum, dénudé dans une petite étendue ; j'incisai légèrement, avec un bistouri boutonné, le fond du trajet fistuleux, et je fis l'excision des bords de l'ouverture extérieure, qui étaient fortement amincis. Le malade fut pansé à l'aide d'une forte mèche enduite de cérat, et poussée jusque dans le rectum : toute la plaie se trouvant ainsi remplie par elle et par des bourdonnets de charpie suffisans pour matelasser toutes les surfaces incisées.

» Des gâteaux de charpie, des compresses longuettes et un bandage en double T, complétèrent l'appareil. A l'aide de pansemens méthodiques, ayant toujours soin de placer des mèches d'un calibre successivement moindre, la guérison fut complète au bout d'une vingtaine de jours. »

La promptitude de la cure *s'explique* par la nature de la cause de la maladie, par l'absence de toute trace de gangrène, et de toute autre complication, soit générale, soit locale.

3.e OBSERVATION [1].

M. X***, domicilié à Toulouse, âgé d'environ 50 ans, d'un tempérament sanguin, était sujet aux hémorrhoïdes de-

[1] L'auteur doit à M. le docteur Cabiran la connaissance de M. X***. En payant un juste tribut d'hommages aux vastes connaissances du doyen des médecins de Toulouse, et au zèle infatigable qu'il a toujours montré, dans sa longue carrière, pour les progrès de la science, il trouve une bien douce satisfaction à consigner ici le témoignage public de sa reconnaissance pour les preuves flatteuses d'intérêt dont ce savant respectable n'a pas cessé de l'honorer.

puis plusieurs années; il éprouvait de la difficulté pour aller à la garde-robe, et quelquefois pour uriner. Après la défécation, la marge de l'anus restait habituellement humide, au point que M. X *** était obligé, dans quelques circonstances, d'appliquer une compresse pour recevoir le suintement dont elle était le siége. Dans les derniers jours du mois d'Août 1836, à la suite de fatigues prolongées, il fut indisposé; mais il était à peu près rétabli, lorsque le 30 il éprouva les accidens suivans : besoins fréquens d'uriner, parfois efforts inutiles pour évacuer le fluide vésical, douleurs vives à l'hypogastre, ténesme très-douloureux du côté du rectum. Malgré l'emploi de lavemens, M. X *** ne rend point ou presque point de matières fécales, et ressent de grandes souffrances à la partie inférieure de l'intestin. A ma première visite, je le trouve dans l'état qui vient d'être décrit; de plus, le pouls est fébrile, le ventre tendu; les hémorrhoïdes font saillie à l'extérieur de l'anus, principalement à gauche, et sont fort douloureuses. De concert avec M. le docteur Cabiran, médecin ordinaire, nous prescrivons 14 sangsues sur les tumeurs hémorrhoïdales, bain de siége, fomentations émollientes sur l'abdomen, cataplasmes émolliens sur les piqûres des sangsues, tisane de lin et de chiendent, lavemens émolliens, diète. Le soir, diminution de la fièvre et des douleurs de l'anus; mais la rétention d'urine devient complète. Cathétérisme deux fois dans la nuit, avec une algalie n.° 4. L'introduction de la sonde est assez facile et peu douloureuse. Le 31, les urines ne peuvent s'évacuer naturellement. Le 1.er et le 2 Septembre, les douleurs de l'extrémité du rectum reprennent de l'intensité, et l'impossibilité d'uriner persiste. Les urines n'offrent aucune altération sensible (mêmes moyens thérapeutiques). Le 2, l'état des hémorrhoïdes me permettant d'explorer l'intérieur du rectum avec l'index, je trouve une constriction très-forte à la partie inférieure, dans l'étendue de plus d'un pouce, de l'engorgement dans toute sa circonférence à une grande profondeur, et une saillie bien prononcée formée par la prostate. La sensibilité est excessive dans toutes ces parties. A l'extérieur, il n'existe d'autres caractères d'inflammation et d'engorgement que ceux qui sont inséparables de la tuméfaction des hémorrhoïdes.

Le 3 Septembre, à neuf heures du matin, M. Cabiran et moi

examinons avec une nouvelle et minutieuse attention les parties qui sont le siége des douleurs vives dont le malade est tourmenté ; alors seulement se manifestent à la peau et au tissu cellulaire les symptômes d'une inflammation profonde dans la partie gauche de la marge de l'anus. Les hémorrhoïdes sont plus grosses et plus douloureuses. De nouvelles sangsues sont prescrites ; mais trois heures plus tard, lorsque je me rends pour les appliquer, je découvre un point d'un rouge légèrement livide, sans fluctuation sensible, placé à l'extrémité postérieure de la ligne qui, de la tubérosité ischiatique gauche, aboutit au coccix. La pression méthodique me fait reconnaître une espèce de crépitation profonde. Les sangsues ne sont point appliquées, l'indication urgente étant de pratiquer une ou plusieurs incisions. Le cas se montrant avec des symptômes graves et insolites, une consultation, composée de MM. Cabiran, Ducasse, Rolland et moi, est réunie à six heures du soir. Alors il existe déjà une tache gangreneuse sur le point de l'anus qui vient d'être signalé, et la partie interne de la fesse correspondante est engorgée et légèrement rouge. En présence et avec l'assistance de mes confrères, je pratique sur ce point et sur le trajet de la ligne indiquée, une incision d'un pouce et demi de longueur environ, et à peu près de quinze lignes de profondeur. Une matière brunâtre abondante, d'une odeur des plus infectes, mêlée de quelques bulbes de gaz, s'écoule par la plaie ; c'est l'odeur *sui generis*, l'odeur gangrénoso-stercorale, bien connue des praticiens. — Bouillon, même tisane.

Après cette première opération, soulagement assez marqué, dégorgement bien sensible des parties malades. On espéra que les urines reprendraient leurs cours naturel ; mais il n'en fut point ainsi. Le réservoir de l'urine ne peut encore être vidé qu'à la faveur de la sonde. Pendant la nuit, diminution des douleurs, un peu de sommeil.

Le 4 au matin, une suppuration abondante couvre le cataplasme émollient, appliqué le soir, et imbibe toutes les autres pièces de l'appareil : la partie postérieure de la plaie et le tissu cellulaire qui en écarte les bords sont mortifiés. Une légère pression, exercée aux environs de la partie malade, indique que la suppuration vient des deux côtés de l'anus et du fond de l'incision. Persistance de la fièvre, langue saburrale, ventre

douloureux.—Bouillon de volaille, tisane de chiendent, cataplasmes émolliens.

A chaque pansement, qui doit être renouvelé trois ou quatre fois par jour, il sort par l'incision une quantité énorme de pus de couleur brunâtre, dans lequel sont mêlés des caillots d'un sang noir et des flocons de tisssu cellulaire mortifié ; le tout exhale le plus souvent l'odeur des matières fécales. Lorsque je fais tousser le malade, la suppuration jaillit par grandes fusées. La rétention d'urine persistant, le cathétérisme est pratiqué de cinq à sept fois par jour, suivant les besoins du malade. Jusqu'ici je n'ai pu laisser à demeure aucune espèce de sonde. Le 7, j'en place une de gomme élastique, n.° 6; et, contrairement à l'opinion du malade, qui en redoutait les effets, elle est supportée sans douleur. Le quinzième jour, elle est supprimée, et l'urine, qui n'a jamais offert des caractères pathologiques, reprend son cours naturel. Le neuvième jour après la première incision, l'escharre, formée par le tissu cellulaire ischio-rectal, se détache complètement, et laisse à découvert une plaie profonde et de bonne nature : elle comprend presque tout l'espace ischio-coccigien. Les pansemens sont faits avec de la charpie sèche, qui est poussée jusque dans le fond de la solution de continuité; mais la suppuration est plus abondante que ne le comporte l'étendue de la plaie. En faisant tousser le malade, ou bien en pressant méthodiquement du côté de l'anus et sur la fesse correspondante, je découvre, après avoir épongé la plaie, que du pus vient du côté du périnée et du côté du coccix. En même temps, la partie droite de la région anale, et la fesse du même côté, se tuméfient, s'enflamment, et bientôt une petite ouverture s'établit tout naturellement à la région postérieure du périnée, à la faveur d'un abcès tuberculeux; elle donne issue à une petite quantité de suppuration.

Le seizième jour, après la première opération, voulant connaître le véritable état des parties, j'explore les diverses régions de la plaie et la partie inférieure du rectum, à l'aide d'un stylet boutonné et de l'index. L'instrument, porté dans le fond de la plaie, pénètre facilement d'arrière en avant, sous la peau et sur le côté gauche de l'anus, jusqu'à la partie postérieure du périnée, proprement dit, à la profondeur

d'un pouce environ, et dans l'étendue de trois pouces. Il n'est point découvert d'autres trajets fistuleux.

Le 17, après avoir conféré avec MM. Cabiran et Ducasse, j'incise, à l'aide d'une sonde cannelée, les tégumens et le tissu cellulaire, minés par la suppuration. Le point fistuleux, placé au côté droit, est agrandi d'environ six lignes. La consultation espère qu'à la fesse droite le reste de la peau, qui conserve de l'épaisseur, mais qui est soulevée par le pus, se recollera dès que la matière aura une issue facile. D'ailleurs, le malade étant déjà très-affaibli par l'abondance de la suppuration et par la longueur des souffrances, elle désire de lui épargner les effets inévitables d'une autre opération.

Depuis ce moment, et à l'aide des pansemens méthodiques, le dégorgement des parties malades s'opère graduellement; le pus ne paraît point séjourner. Les tégumens de la fesse droite se recollent avec les parties sous-jacentes, et la plaie se cicatrise peu à peu; la fièvre disparaît entièrement, et le moral du malade, qui était profondément affecté, reprend de la force et de la confiance; l'appétit se rétablit d'une manière très-prononcée, et, sous l'influence d'un régime adoucissant et un peu tonique, l'organisme se répare peu à peu. Le travail de la nature est favorisé par le repos fonctionnel du rectum. Le malade, en effet, passa huit jours sans avoir besoin d'aller à la selle, et, dans la suite, les garde-robes furent facilitées par les lavemens et par une alimentation capable d'entretenir la liberté du ventre.

Au commencement d'Octobre, la cicatrisation des plaies fut presque complète; elle avait toujours marché de l'intérieur à l'extérieur, du fond à la superficie : alors seulement, il fut permis au malade de se lever un peu. Cependant, une suppuration plus abondante que ne le comporte la petite surface qui reste à se cicatriser, me décide à sonder le point de réunion de la première incision avec la seconde. Ce point, qui correspond à peu près au milieu de la ligne ischio-coccigienne, forme un angle rentrant du côté du bassin. Un stylet mousse pénètre presque perpendiculairement de bas en haut dans l'intérieur de l'excavation pelvienne, à la profondeur d'environ trois pouces. Le doigt introduit dans le rectum sent la présence de l'instrument dans le trajet fistuleux, à travers une cloison

assez épaisse, dans laquelle une exploration très-attentive ne me fait reconnaître aucune espèce de perforation [1].

La sensibilité de l'intestin est excessive; le stylet explorateur indique que la largeur du trajet fistuleux n'est que de trois ou quatre lignes. La suppuration est peu abondante et d'assez bonne nature. Les tissus de la marge de l'anus n'offrent aucun signe d'engorgement, et les cicatrices sont fermes et présentent les caractères les plus rassurans pour l'avenir.

MM. Cabiran et Ducasse, consultés de nouveau, pensent, comme moi, que le trajet fistuleux s'oblitèrera à mesure que le malade prendra de l'embonpoint; ou bien, s'il persiste, qu'il se réduira à une fistule simple qui sera opérée dans un temps plus opportun.

Dans cet état de choses, le malade fait un peu d'exercice, se livre avec ménagement à ses occupations, mange avec un appétit bien prononcé, qu'il ne satisfait pas entièrement. Mais la défécation est toujours gênée, malgré l'usage des lavemens, et même de quelques légers purgatifs; les lavemens eux-mêmes sont rendus avec douleur. Toutes ces circonstances sont loin de me rassurer.

Au commencement de Novembre, les souffrances augmentent; les besoins d'aller à la garde-robe deviennent plus fréquens; le ténesme se renouvelle avec des douleurs bien vives; la partie interne et postérieure de la fesse gauche s'engorge, l'ouverture fistuleuse déjà signalée s'agrandit, et fournit une suppuration plus abondante; le pourtour de l'anus est tuméfié et douloureux à la plus légère pression; les hémorrhoïdes, qui avaient considérablement diminué, se gonflent de nouveau.—Application de huit sangsues sur les tumeurs hémorrhoïdales, pommade de belladone, tantôt employée en frictions, tantôt appliquée à l'aide d'une petite mèche de charpie, et quelquefois injectée dans l'anus.—La suppuration augmente, mais la douleur et l'engorgement diminuent.

Dans l'intention de découvrir s'il y a ou s'il n'y a pas perforation de l'intestin, des injections avec du lait sont faites, et

[1] Cette cloison est formée par le feuillet rectal de l'aponévrose ischio-rectale, par les parois épaissies de l'intestin, et par quelques-uns des faisceaux musculaires qui entourent son extrémité anale.

dans le rectum, et dans le trajet fistuleux : les résultats sont négatifs.

MM. Ducasse et Rolland, priés par moi d'explorer les parties malades, ne découvrent aucune communication entre le rectum et le trajet fistuleux, et reconnaissent comme moi qu'il est urgent de pratiquer les opérations convenables.

Depuis deux jours, j'avais découvert un nouveau trajet fistuleux, étendu de l'extrémité périnéale de l'ancienne cicatrice jusqu'au milieu de la fistule perpendiculaire (passant sous la cicatrice); le doigt introduit dans l'anus pour en explorer tout le pourtour, avait ressenti une pulsation artérielle bien prononcée dans la région antérieure de cette ouverture. La fesse droite est un peu engorgée à sa partie interne.

L'opération est fixée au 17 Novembre : une purgation est administrée la veille; elle provoque une selle consistante et copieuse, accompagnée de peu de douleur.

Reunis en consultation le 17 au matin, MM. Cabiran, Ducasse, Rolland et moi, constatons de nouveau trois circonstances principales, savoir : 1.° un trajet fistuleux perpendiculaire, situé vers le milieu de la ligne ischio-coccigienne du côté gauche, ayant trois pouces et demi de profondeur; 2.° un trajet fistuleux presque horizontal, étendu de la partie postérieure et gauche du périnée, proprement dit, à la partie moyenne du précédent. Il marche sous l'ancienne cicatrice correspondante, et a trois pouces de longueur; 3.° un engorgement sur tout le bord interne de la fesse droite, présentant une fluctuation manifeste.

L'odeur stercorale de la suppuration, la couleur des matières, et parfois leur mélange avec des gaz qui s'échappent avec un certain bruit; le renouvellement des accidens après avoir pu croire à une guérison radicale, l'existence ancienne d'un suintement presque habituel; enfin, l'état hémorrhoïdaire du sujet, tendaient à nous faire croire à la perforation de l'intestin; d'un autre côté, nous n'avions pu acquérir aucun signe positif de l'existence d'une fistule complète.

Dans cet état de choses, et sur ma proposition, il fut décidé à l'unamité qu'il fallait agir comme si le rectum était perforé; en conséquence, nous fûmes d'avis, 1.° de réunir, par une incision, le trajet de la fistule perpendiculaire avec l'intérieur

du rectum ; 2.° de détruire le trajet fistuleux horizontal ; 3.° d'ouvrir le dépôt de la fesse droite, et de diviser la portion correspondante du rectum, si elle était perforée ou simplement décollée.

En ma qualité de chirurgien ordinaire, je suis chargé d'opérer. Le malade placé sur un lit étroit, et dans la position connue pour pratiquer l'opération de la fistule à l'anus, je procède selon l'ordre dans lequel les indications viennent d'être énumérées, assisté de mes confrères et de trois élèves en médecine.

La cloison qui sépare la cavité de l'organe défécateur de la fistule perpendiculaire, est divisée à la faveur d'un gorgeret, d'une sonde cannelée d'acier, sans cul-de-sac, dont l'extrémité est un peu tranchante, et d'un bistouri droit à lame longue et à pointe forte. Après que la cloison est percée par la sonde, fortement appuyée contre le gorgeret, elle est complètement incisée d'un seul coup de bistouri, dont la pointe n'abandonne jamais la gouttière du gorgeret. Le doigt index de la main droite, porté dans le fond de la plaie, découvre un cul-de-sac qui est détruit à l'aide de ciseaux mousses. Le trajet fistuleux horizontal est divisé en un seul temps avec un bistouri droit conduit sur une sonde cannelée ordinaire. Quelques lambeaux de peau amincie, et deux ou trois excroissances hémorrhoïdales, sont emportés avec des ciseaux courbes sur leur plat. L'abcès, placé sur les limites de la région ano-fessière du côté droit, est ouvert, d'abord par une espèce de ponction avec le bistouri sur la cicatrice de l'ancienne ouverture que la nature avait établie du côté du périnée. C'était là que la fluctuation était plus sensible, et l'enveloppe cutanée plus amincie. L'exploration, à l'aide d'une sonde cannelée, ayant démontré que les tégumens sont soulevés jusque près du coccix, dans l'étendue d'environ quatre pouces, une incision est pratiquée d'un seul trait; passant tout près de l'anus, elle met à nu toute l'étendue du foyer, et donne issue à du pus de bonne nature. L'état trop aminci de la peau me décide à pratiquer l'excision d'un lambeau de quatre pouces de longueur environ sur un pouce de largeur. Un stylet boutonné m'ayant fait reconnaître que le rectum est décollé à la hauteur d'environ deux pouces dans le point correspondant au tiers postérieur du fond de la plaie, je divise

toute la portion dénudée de l'intestin, au moyen des instrumens dont je me suis servi pour le côté gauche. A l'aide de toutes ces incisions, il est ouvert des voies larges au pus, et je me suis procuré la facilité d'examiner dans tous les sens le rectum et les divers conduits fistuleux qui peuvent l'environner. Du côté de la région postérieure du périnée, et sur les parties latérales de la portion menbraneuse de l'urètre, mon doigt découvre, de chaque côté, une excavation en forme de cul-de-sac, assez profonde, se dirigeant du côté de la face supérieure des muscles transverses et la partie inférieure de l'aponévrose moyenne du périnée [1]. Ces divers foyers présentent des brides qui les divisent en plusieurs loges, et des espèces de callosités existent sur le trajet de la fistule perpendiculaire du côté correspondant à la fesse. Toutes ces complications, dont mes confrères ont la bonté de constater l'existence, sont détruites à l'aide d'un bistouri droit boutonné et de ciseaux mousses, conduits sur le doigt indicateur. Malgré la présence des deux excavations digitales déjà signalées, les incisions du côté du périnée sont ménagées à cause du voisinage des voies urinaires et des artères transverses, dont la lésion pourrait donner lieu, dans le cas actuel surtout, à une hémorrhagie très-inquiétante. Bien que les incisions aient été si profondes, si étendues et si multipliées, la perte du sang est bien modérée. Mes confrères et moi avions bien prévu qu'il existait de grands ravages dans les parties malades; mais nous n'aurions jamais cru trouver des complications si nombreuses: à peine en avais-je détruit une qu'il s'en présentait une nouvelle. Nous ne crûmes pas prudent de pousser plus loin les incisions, et nous jugeâmes avoir fait tout ce qu'il était possible à l'art pour amener une guérison définitive. Immédiatement après ces opérations successives, le malade sent le besoin de pousser une selle; mais il ne rend que du sang à demi coagulé, dont la quantité peut être évaluée à 4 ou 5 onces. Soit pour lui laisser prendre du repos, soit pour nous assurer s'il y aura hémorrhagie, nous attendons environ un quart d'heure avant de procéder au pansement, qui est fait de la manière suivante : 1.° une

(1) Cette excavation est formée par l'aponévrose ischio-rectale, comme je l'ai déjà indiqué.

grosse mèche de charpie enduite de cérat est introduite au centre du rectum, à la hauteur d'environ quatre pouces; 2.° une seconde mèche moins grosse, conduite, comme la précédente, à l'aide de l'index de la main droite et d'un porte-mèche, est placée dans le trajet fistuleux perpendiculaire, et poussée jusque dans l'intestin; 3.° une troisième, dirigée jusqu'au fond de l'incision rectale du côté droit, pénètre également dans le rectum; l'extrémité extérieure de ces trois mèches est appliquée aux angles des plaies et sur les tégumens; 4.° de la charpie sèche et molle est insinuée entre les mèches et dans les autres plaies et excavations, afin d'en enflammer convenablement les surfaces et les disposer par-là à fournir les élémens d'une bonne cicatrisation. Le tout est recouvert avec un grand plumasseau de cérat, des gâteaux de charpie, des compresses longuettes, et puis, soutenu avec un large bandage en T, fait avec deux serviettes.

Un état nerveux général s'empare du malade. (Tremblement avec froid.) Mis dans un lit chaud, M. X*** prend de la tisane de chiendent, aromatisée avec de l'eau de fleur d'oranger et une potion calmante. Le calme se rétablit peu à peu; le besoin d'uriner ne se fait sentir que huit ou neuf heures après le pansement. Ce sont là les seuls inconvéniens de la journée. Le soir, réaction fébrile modérée, ventre point douloureux, émission de l'urine facile. Malaise général pendant la plus grande partie de la nuit, dépendant autant de la position que le malade est obligé de garder, que des souffrances réelles; néanmoins il y a un peu de sommeil. —Tisane de chiendent.

Le 18, deuxième jour de l'opération, fièvre légère, ventre souple; douleurs nerveuses aux cuisses. Le bandage est taché par un peu de suintement sanguinolent.—Diète, tisane d'orge et de chiendent, frictions avec le beaume tranquille et le laudanum sur les cuisses.—Journée bonne, émission de l'urine facile, sommeil tranquille pendant la nuit, légère sueur générale.

Le troisième jour, fièvre moindre, langue humectée, ventre souple et applati; état moral satisfaisant. Les pièces de l'appareil, tachées par la suppuration, et exhalant une odeur très-infecte, sont renouvelées, à l'exception des mèches intérieures. Ces pièces se détachent d'elles-mêmes, imbibées qu'elles sont

par le suintement purulo-sanguinolent. Inflammation des parties extérieures modérée. — Diète, sans bouillon, boisson délayante et adoucissante, frictions anodines.

Le quatrième jour, pouls à 80 pulsations; abdomen et excrétions des urines dans un état satisfaisant.

Premier pansement des plaies intérieures. — Suppuration abondante et de bonne nature, mêlée à quelque peu de matières stercorales; aspect des plaies favorable. L'extrémité de toutes les mèches porte l'empreinte des excrémens, ce qui prouve qu'elles arrivaient jusque dans la cavité du rectum. Les mèches sont renouvelées et disposées comme la première fois. Le second pansement est peu douloureux ; l'abondance de la suppuration exige que l'appareil soit changé deux fois le jour. Dans les pansemens suivans, le volume des mèches est diminué graduellement ; mais elles sont poussées jusque dans l'intestin. Le pus continue à être mêlé avec des matières stercorales. La présence de ces dernières sur le trajet des plaies m'oblige à faire des injections avec une décoction d'orge. La quantité de la suppuration diminue progressivement. — Bouillon de volaille ou de veau.

Le douzième jour, le malade est sans fièvre, l'état de plaies très-satisfaisant, l'appétit bien prononcé, le ventre souple et sans douleur. MM. Cabiran, Ducasse et moi, réunis, permettons du chocolat léger, que le malade désire, ainsi que des potages au vermicelle, à la semouille ou au rix. Point de selles encore depuis l'opération ; mais le doigt, introduit avec ménagement dans le rectum, trouve des matières fécales consistantes ; c'est sans doute leur présence qui rend le passage des vents difficiles, produit un sentiment de gêne dans le bassin et un état douloureux dans l'abdomen. Le 1.re Décembre, le besoin de la défécation est pressant ; mais des efforts pour le satisfaire sont inutiles. A l'heure du pansement, je cherche en vain à administrer un lavement huileux. Alors je divise le bouchon fécal, à l'aide de l'index, et j'en opère l'extraction avec ce doigt et le manche d'une cueiller à café, qui me sert de curette. Cette opération terminée, le clystère pénètre dans l'intestin, et, après y avoir séjourné pendant quelques minutes, il entraîne des matières fécales d'une consistance bien remarquable. Un second lavement provoque l'expul-

sion d'une grande quantité de matières molles. Ces évacuations se font sans douleur, et sont suivies d'un soulagement de tout l'abdomen—Pansement et régime ordinaire.—Dans la journée, deux garde-robes faciles. Jusqu'au 8, les évacuations alvines sont naturelles et sans douleur. Ce même jour, M. Ducasse et moi explorons avec l'index les plaies intérieures, et toute la circonférence de l'extrémité inférieure du rectum. Tout est dans un état satisfaisant, à l'exception de la région du périnée, dont les excavations déjà signalées, présentent encore une profondeur considérable, et fournissent une suppuration trop abondante. La grosseur et la longueur des mèches sont diminuées un peu chaque jour; leur extrémité seulement est enduite de cérat pour en rendre l'introduction plus facile et moins douloureuse; dans le reste de leur étendue, elles n'offrent que les caractères de la charpie sèche et molle, afin qu'elles excitent légèrement les bourgeons charnus.—Régime : potage au vermicelle, au riz, à la semouille; de légères soupes. La viande n'est pas encore permise, quoique le malade la réclame. —Nous espérons que les excavations correspondant au-dessus de muscles transverses, fourniront peu à peu des bourgeons charnus, et concourront ainsi à la cicatrisation. Pour mieux obtenir ce résultat, un point de compression fut exercé sur cette région à dater du 1.er Décembre, vingt-troisième jour de l'opération : des compresses graduées, convenablement disposées à cet effet, furent soutenues par un fort bandage en T, fortifié lui-même par deux bandes neuves disposées en bandage double T, et croisées sur ces compresses. Dans les pansemens, je cherchai à m'opposer à la réunion trop prompte de l'extérieur des plaies, et en même temps à ne point gêner le développement des bourgeons charnus dans le fond des trajets fistuleux. Je mis tous mes soins à obtenir une cicatrice de la circonférence vers le centre. Après les cinq ou six premiers jours de l'emploi de la compression méthodique, les dimensions des deux excavations déjà indiquées, et la quantité de la suppuration, diminuent d'une manière bien sensible; cependant le pus étant encore trop abondant, je pratiquai, du 16 au 19 Décembre, deux cautérisations légères à leur surface, avec le nitrate d'argent fondu. Trois ou quatre jours après, la suppuration diminua encore, et les plaies de

l'intestin furent presque complètement cicatrisées. Les selles n'avaient lieu qu'à l'aide de lavemens émolliens, administrés chaque cinq ou six jours. La défécation avait lieu sans douleur. Les soins de propreté sont toujours continués à l'aide d'une décoction d'orge.

Depuis le 21, les pansemens furent faits à plat avec de la charpie mollette. Nous pensâmes que les mèches avaient donné les résultats que l'on devait en attendre, et que dans ce moment elles pourraient irriter trop les bourgeons charnus, et gêner leurs progrès, ainsi que l'issue de la suppuration, qui, après chaque pensement, venait du fond de la plaie, formant une goutte plus ou moins considérable, et ayant les caractères d'une matière albumineuse ou gélatineuse. Cette matière était aussi le produit de la sécrétion ou exhalation morbide des glandes ou de la muqueuse du rectum.

Dans les premiers jours de Décembre, les cavités plusieurs fois signalées furent réduites à deux espèces de fossettes, dans lesquelles s'enfonçait l'extrémité de l'index, et une pression un peu forte, exercée sur ces parties, était encore douloureuse. Les régions antérieures et postérieures de l'intestin, l'antérieure surtout, étaient contractées sur elles-mêmes et formaient des espèces de colonnes, séparées par les cicatrices des incisions latérales. Pensant que la compression, qui jusque-là avait produit des effets si avantageux, pourrait à l'avenir occasioner une irritation pour le moins incommode, elle fut diminuée graduellement, et enfin supprimée. Les pansemens ne se faisaient plus que chaque vingt-quatre heures. Malgré toutes ces précautions, le suintement persistait dans les premiers jours de Janvier, de manière à former une goutte muqueuse ou albumineuse lorsque je faisais tousser le malade. Quoique fort léger, ce suintement inquiétait beaucoup le moral de M. X*** et des personnes qui l'entouraient. La nature gélatiniforme de la matière expulsée, et l'état satisfaisant des fonctions de l'organe défécateur, me rassuraient à ce sujet. Cependant, pour tarir complètement cette espèce d'écoulement, je touchai légèrement le fond des excavations dont il s'agit, et la muqueuse elle-même, avec le nitrate d'argent fondu. Bien que pratiquée rapidement, cette cautérisation fut douloureuse, et le lendemain le suintement fut plus abondant et plus liquide. Quatre jours

après, il s'opéra, par l'ouverture anale, un écoulement de sang comparable à une épistaxis légère; il était sans douleur, et provenait, sans doute, de quelque vaisseau hémorroïdal atteint par l'action du caustique. Cette espèce d'hémorrhagie n'eut pas de suite; le suintement reprit le caractère visqueux et presque transparent, et ne présentait aucun des caractères du pus, proprement dit; ce qui me rassura encore sur son origine. La défécation s'opérait avec facilité et le sentiment de plaisir qui l'accompagne dans l'état naturel.

Le 20 Janvier, j'examine le rectum avec le *speculum ani.* Je reconnais bien distinctement que la muqueuse est souple et offre les replis de son état normal. Elle est un peu injectée, mais sans douleur. Sur les côtés, je découvre les cicatrices des deux incisions perpendiculaires. Lorsque l'extrémité de l'instrument est retirée jusqu'au niveau du sphincter interne, qui a été divisé des deux côtés, le rectum, par sa contraction, ramasse au centre de sa cavité une matière muqueuse gélatiniforme, semblable à celle du suintement signalé dans les pansemens. Cette exploration, répétée deux fois, ne fut pas douloureuse. Depuis ce moment, le pansement consista dans l'application de compresses douces, qui étaient tachées par l'humidité dont il a été question si souvent. A la fin de Février, il n'existait plus de suintement : la guérison était parfaite, les fonctions des parties qui avaient été le siége de la maladie, s'exécutaient très-bien, et M. X*** a passé le printemps et l'été dans un état de santé bien satisfaisant. En Juin 1838, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant : M. X*** a pris de l'embonpoint, jouit d'une santé générale excellente, et les fonctions de l'organe défécateur sont dans le meilleur état. Les hémorrhoïdes ne se sont plus engorgées. Les soins de simple propreté sont les seuls moyens qui soient mis en usage.

RÉFLEXIONS.

1.° Le cas qui fait le sujet de l'observation précédente est est un des plus graves et des plus importans que la pratique puisse présenter dans son espèce. Il renferme à lui seul l'histoire à peu près complète des accidens et complications des grands abcès, ou abcès gangreneux de la région de l'anus. La gravité et la persistance des accidens s'expliqeunt par la nature

de la cause et par la profondeur à laquelle avait pénétré le travail inflammatoire. La cause était intérieure ou interne, occasionée, selon toutes les probabilités, par l'état de fluxion hémorrhoïdale dont la région de l'anus était le siége depuis long-temps. L'absence de toute perforation de l'intestin, du moins appréciable par nos moyens d'investigation, confirmerait cette opinion. La marche de la maladie a prouvé que la suppuration avait commencé à une profondeur considérable.

2.° Eût-il été plus avantageux de pratiquer les incisions du rectum lorsque le premier abcès fut ouvert? Mes confrères et moi ne l'avons pas jugé ainsi; l'état des accidens s'y opposait; d'ailleurs l'exploration des parties eût été fort douloureuse, impossible peut-être, et les résultats très-incertains. Mais à quelle circonstance pourrait-on attribuer l'espèce de récidive que la maladie a éprouvée? serait-ce à la cicatrisation irrégulière des premières incisions? Non, sans doute; mais bien à la persistance de l'état morbide du rectum et des tissus qui l'entouraient.

3.° Les phénomènes qui ont suivi les diverses opérations pratiquées sur les parois de l'intestin se sont présentés d'une manière modérée. L'inflammation plus ou moins intense de la partie inférieure du tube digestif, la phlébite, la péritonite et tous leurs effets; les infiltrations purulentes dans le bassin, étaient les accidens fâcheux que nous avions à redouter. Les précautions qui ont été prises n'ont-elles pas puissamment concouru à les prévenir? et le traitement médical n'est-il pas trop souvent négligé dans les opérations chirurgicales?

4.° La rétention du fluide vésical ne paraissait point dépendre d'une altération directe des organes de l'appareil urinaire; elle était l'effet des désordres survenus dans les parties qui composent la région anale, et qui, par leur voisinage, gênaient le mécanisme de leurs fonctions. Cet accident pouvait faire croire d'abord à l'existence d'un abcès urineux profond.

5.° La compression méthodique qui a été exercée sur le périnée me paraît avoir donné des résultats bien avantageux: en pareil cas elle ne devra pas être négligée.

6.° Il ne peut être révoqué en doute que l'usage des mèches n'ait contribué pour beaucoup à amener une guérison radicale.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES.

Mes réflexions à ce sujet porteront, 1.° sur l'époque à laquelle il faut ouvrir les abcès de la région de l'anus; 2.° sur la manière de pratiquer les incisions extérieures; 3.° sur la question de savoir s'il faut opérer la fistule tout de suite après l'ouverture de l'abcès; 4.° sur le procédé à employer pour découvrir l'orifice interne ou intestinal de la fistule; 5.° sur la conduite à tenir à l'égard du rectum, du trajet fistuleux et des tégumens plus ou moins dénudés; 6.° sur les pansemens.

1.° Tous les chirurgiens sont d'avis qu'on doit ouvrir les dépôts dont nous traitons, qui ont une grande étendue (phlegmoneux et gangreneux), dès que le centre se ramollit, devient pâteux, et surtout s'il est le siége d'une certaine crépitation, encore que la fluctuation soit profonde ou ne soit pas bien manifeste. C'est le moyen de borner les ravages de l'inflammation, de la gangrène et de la suppuration. L'ouverture des abcès petits ou tuberculeux est ordinairement livrée à la nature, dont le travail est simplement favorisé par l'application de cataplasmes émolliens. Souvent les malades les prennent pour une tumeur hémorrhoïdale simple, et ne sont convaincus de leur existence que par la nature de la matière qui salit leur linge.

2.° Le plus souvent, la division de la peau doit être pratiquée du périnée vers le coccix, parce que, dans le grand nombre des cas, c'est dans ce sens que se présente le plus grand diamètre de la tumeur, et que les lèvres de la plaie sont plus régulières. On peut aussi la faire en T, si l'état des parties l'exige. Toujours aura-t-elle une étendue suffisante pour donner au pus une issue facile.

3.° A l'ouverture d'un abcès idiopathique considérable, faut-il explorer sur-le-champ les parties malades; et, si on reconnaît la dénudation ou la perforation de l'intestin, faut-il inciser le rectum, immédiatement après l'ouverture de l'abcès, ou bien vaut-il mieux attendre un temps plus éloigné?

Des auteurs et des praticiens d'un grand mérite ont différé d'opinion sur ce point important. La théorie d'abord, et l'expérience ensuite, m'ont fait adopter, comme règle générale, de m'abstenir autant que possible de toute espèce d'ex-

ploration intérieure, et surtout de ne pas inciser le rectum tout de suite après l'ouverture de l'abcès. Plusieurs raisons militent en faveur de cette méthode : 1.° en n'ouvrant d'abord que le dépôt, on peut, comme cela est arrivé plusieurs fois, obtenir la guérison complète de la maladie, et alors on aura évité les tiraillemens douloureux, inséparables d'une exploration pratiquée dans des parties fortement enflammées; on aura épargné en même temps au malade les souffrances et les dangers d'incisions plus ou moins profondes; 2.° au moment de l'ouverture de l'abcès, le désordre des parties ne permet pas de bien apprécier le lieu de la perforation de l'intestin, lorsqu'elle existe, ni toute l'étendue de la dénudation de ses parois; et alors la méthode de l'incision simultanée des tissus extérieurs et de l'organe défécateur exposerait à des fistules consécutives, et par conséquent à des opérations nouvelles; 3.° les incisions du rectum, lorsqu'il est bien irrité ou enflammé; la lésion des veines qu'il renferme ou qui l'avoisinent, peuvent être suivies d'accidens funestes, soit du côté de l'intestin lui-même, soit de la part du péritoine et des autres organes importans contenus dans l'abdomen. On lit dans le 9.e volume du *Bulletin de Thérapeutique*, deux cas dans lesquels la mort paraît avoir été la suite de la pratique que nous combattons. En suivant a méthode préféreé par nous, le malade est exposé, il est vrai, à subir deux opérations, l'ouverture de l'abcès, d'abord, et, plus tard, l'opération de la fistule; mais ordinairement ce sont deux opérations plus simples et accompagnées de dangers moins grands, parce que l'état local des parties et l'état général de l'organisme se trouvent dans des circonstances plus favorables.

4.° La manière de procéder à la recherche de l'orifice intestinal de la fistule, mérite une attention toute particulière, soit que cette recherche se pratique au moment où l'abcès est ouvert, comme le veulent certains, ou bien quelque temps plus tard.

En général, on pensait que la perforation était placée vers la partie la plus élevée du foyer ou du trajet fistuleux, et alors on dirigeait l'extrémité du stylet vers ce point. Le plus souvent, on ne découvrait pas la crevasse, ou bien ce n'était que par hasard qu'on la rencontrait. Depuis que M. Ribes, d'a-

près les enseignemens de son illustre maître, le professeur Sabatier, a éclairé ce point de pratique, on sait que l'orifice interne de la plupart des fistules se trouvant à quelques lignes seulement de l'ouverture anale, le moyen de parvenir dans l'intestin est de faire glisser le bout du stylet le long de la face interne de la peau, sans l'abandonner; puis de le diriger du côté de la partie la plus inférieure du rectum. De cette manière, on est sûr de rencontrer bientôt l'ouverture interne de la fistule et le doigt qui est introduit dans sa cavité. (M. Ribes, mes observations particulières.

Cependant une exploration infructueuse, quoique bien faite, de la partie la plus diclive de l'intestin, ne doit pas faire conclure qu'on a affaire à une fistule borgne externe; il faut se souvenir que l'orifice intérieur peut exister plus haut, et qu'il a été rencontré à plusieurs pouces au-dessus du sphincter. Du reste, toutes les fois que les recherches faites à l'aide d'un stylet approprié ne donneront que des résultats négatifs, on aura recours aux injections par l'anus et par l'orifice fistuleux, au moyen d'un liquide émollient d'une couleur tranchée, comme le lait, par exemple. L'exploration à l'aide du *speculum ani* pourra être quelquefois utile.

5.° La conduite à tenir relativement à l'intestin, varie suivant qu'on a découvert ou non une perforation dans ses tuniques. Dans le premier cas, on doit inciser d'abord la partie située au-dessous de la solution de continuité. On se servira pour cet effet du stylet du baron Larrey, ou d'une sonde cannelée d'argent flexible, dont l'extrémité sera ramenée hors de l'anus toutes les fois que la crevasse ne sera pas située au-delà de six ou huit lignes de cette ouverture. C'est le procédé que j'ai employé dans l'observation n.° 1. On se servira du gorgeret, lorsqu'on ne pourrait opérer avec la sonde seule sans faire éprouver aux parties des tiraillemens trop grands et trop douloureux. Contrairement à l'opinion de Sabatier et de M. Ribes, je divise avec des ciseaux la portion de l'intestin décollée et amincie, qui se trouve au-dessus de la perforation. Cette manière d'opérer promet des résultats plus certains que la méthode opposée; du reste, c'est la pratique généralement suivie aujourd'hui. Lorsque la fistule est borgne externe, qu'elle existe depuis long-temps, que le décollement du rectum est étendu,

et qu'il n'y a aucune circonstance qui interdise de tenter la guérison, à l'exemple de Boyer et de M. Roux, je me conduirai comme dans le cas de l'observation n.° 3 : j'inciserai dans toute leur étendue les portions dénudées de l'intestin.

Lorsque la fistule est complète, est-il absolument nécessaire que l'orifice interne soit compris dans l'incision ? Oui, d'après certains praticiens, qui n'ont voulu opérer qu'à cette condition; non, selon d'autres, comme MM. Roux et Richerand, qui pensent que la guérison peut avoir lieu également. Je partage l'opinion de ces derniers, dans les cas où la crevasse se trouve près de l'incision. L'inflammation des lèvres de la plaie se communique à l'ulcération du rectum, et en détermine l'oblitération ; la même chose se passerait dans les cas où il existerait deux ouvertures internes, et qu'une seule serait incisée. Cette doctrine n'autorise cependant point à négliger de faire toutes les tentatives convenables pour trouver la perforation intestinale. Sa division rend les chances de l'opération bien plus certaines.

L'état de la peau doit encore fixer l'attention du praticien. Est-elle décollée et amincie, il faut l'exciser. Sa présence retarderait toujours la cicatrisation de la plaie, et la rendrait peut-être impossible. Dans ce cas, on doit, disent les maîtres de l'art, rendre la plaie *plate*. Cette manière d'opérer a été suivie des résultats les plus heureux, chez le sujet de l'observation n.°3. Si la fistule présentait deux orifices externes, il faudrait les réunir par des incisions convenables.

Il faut exciser également les excroissances hémorrhoïdales qui se trouvent sur les lèvres de la plaie. Quant au fond du trajet fistuleux, il y sera pratiqué des incisions légères, ou scarifications, au moyen d'un bistouri boutonné, toutes les fois qu'il présentera des callosités (fistules anciennes), et on débridera en dehors l'orifice extérieur par une incision qui se prolongera sur la fesse dans l'étendue d'environ six lignes. Ces incisions favorisent le développement des bourgeons charnus. J.-L. Petit leur accordait une telle importance, qu'il pensait que, dans les fistules borgnes externes, la guérison aurait lieu sans diviser le rectum.

6.° Il y a eu aussi divergence d'opinion sur la manière de faire les pansemens après l'opération de la fistule. En France,

on a généralement fait usage, pendant tout le traitement, de mèches de charpie introduites dans la plaie, dans le but, soit de tenir écartées les lèvres de la division de la peau et surtout de l'intestin, soit pour exciter dans le trajet fistuleux une inflammation suffisante pour dégorger les parties et favoriser le développement de bourgeons charnus nécessaires pour obtenir une guérison radicale. Cependant, Ponteau a professé et mis en pratique des principes opposés. Après le troisième jour, ce praticien croyait que les mèches devenaient nuisibles, parce qu'elles irritaient trop les parties, et qu'elles applatissaient les bourgeons charnus en s'opposant à leurs progrès.

Les anglais n'introduisent dans la plaie qu'une bandelette de linge effilée. (Samuel Cooper, *Dict.*) Les deux méthodes invoquent les résultats de l'expérience.

Des faits observés par le célèbre Sabatier et Boyer nous avaient appris que la non application, comme l'emploi peu méthodique des mèches, avait été suivie de la récidive de la fistule Ces faits me décidèrent à faire usage de ce moyen, et je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique. (Sabatier, *Méd. opérat.* Boyer, *Malad. chirurg.*, t. 2.)

Les mèches ne doivent être ni trop grosses, ni trop dures; mais elles seront toujours assez longues, d'un côté, pour dépasser de quelques lignes la partie supérieure de l'incision de l'intestin, et de l'autre, pour être appliquées sur l'angle externe de la plaie des tégumens. Une partie devra être engagée entre les lèvres de la division du rectum. Le volume, la longueur et la consistance des mèches, seront moindres à mesure que les bourgeons charnus s'élèveront du fond de la fistule, et que leur couleur vermeille annoncera une cicatrisation prochaine. A cette dernière époque, il pourra être utile de faire les pansemens à *plat*, avec de la charpie mollette. (Observation n.° 3.)

CHOIX RAISONNÉ DE FORMULES,

PAR M. A. DE QUATREFAGES.

Opiat antiblennorrhagique.

Dans les blennorrhagies nombreuses que j'ai eu occasion de traiter, je me suis long-temps servi alternativement de toutes les préparations vantées par différens auteurs ; celle qui m'a le mieux réussir est la suivante :

Thérébentine de Venise. Baume de copahu. Poivre cubèbe.	de chaque 1 gros,

à prendre en quarante-huit heures, par cuillerées à café, le matin, à midi et le soir.

Le plus souvent, deux doses, suffisent pour arrêter l'écoulement.

Lorsque l'estomac se révolte contre l'administration du copahu, je joins à la formule précédente 1 gros de baume de Tolu. L'opiat est alors très-bien supporté. Un jeune homme qui avait fait usage à plusieurs reprises des diverses préparations de copahu, et qui avait chaque fois éprouvé des accidens gastriques accompagnés d'une éruption scarlatiniforme, a pris, sans aucun inconvénient, l'opiat au baume de Tolu, et avec un succès complet.

Dans les cas de blennorrhagie chronique, je me suis très-bien trouvé de l'emploi du peroxide de fer, associé au copahu et à la thérébentine. Je citerai, entr'autres, un jeune homme chez qui l'écoulement avait résisté à tous les moyens successivement employés par plusieurs praticiens distingués de Paris. La cautérisation, la mèche de Ricord, les injections avec le nitrate d'argent, etc., avaient échoué. Il fut guéri dans trente-six heures, et son affection n'a plus reparu, bien qu'il ait, peu de temps après, commis les imprudences les plus propres à amener une rechute.

Décoction et pommade de suie.

(Blaud. — *Bulletin de Thérapeutique.*)

Le docteur Blaud a recommandé l'usage externe des préparations de suie, comme héroïque contre les dartres invété-

rées, les teignes, et surtout les faveuses; les ulcères de mauvaise nature, etc. Dans quelques cas où nous les avons employées, elles n'ont pas tenu tout ce qu'en avait promis le médecin de Beaucaire. Toutefois, elles nous ont été fort utiles dans le traitement de deux dartres farineuses qui avaient envahi une grande partie de la face, et qui avaient résisté à divers autres modes de traitement.

Décoction.

Eau pure.	1 livre.
Suie pulvérisée.	2 poignées.

Faites bouillir pendant demi-heure; passez avec expression. —En lotion trois ou quatre fois par jour.

Pommade.

Axonge.	1 once.
Suie.	2 gros.

Il est probable que ces préparations doivent leur action tant à la créosote qui accompagne la suie, qu'au charbon très-divisé qui la compose presque entièrement.

MM. Carron du Villars et Baudelocque ont aussi préconisé diverses préparations de suie comme pouvant être utiles contre certaines ophthalmies scrofuleuses.

Moyen facile d'avoir une solution alcoolique d'acide hydrocyanique.

Cyanure de potassium.	22 grains.
Acide tartarique cristallisé.	50 grains.
Eau distillée.	6 gros.
Alcool rectifié.	6 gros.

Mêlez l'eau et l'alcool dans une fiole de 11 à 12 gros, faites-y dissoudre l'acide tartarique; laissez refroidir. Ajoutez alors le cyanure de potassium, et bouchez. Agitez le mélange pendant dix minutes, puis laissez reposer pour que la crême de tartre puisse se déposer. Quand la solution est claire, décantez, et conservez pour l'usage dans un flacon noirci. (*Journal Médico-chirurgical.*)

Les 12 gros de liquide renferment 13, 11 grains d'acide hydrocyanique, c'est-à-dire, environ 1/56 en poids. L'acide

hydrocyanique de Vauquelin renferme 1/35, et l'acide hydrocyanique médicinal de Magendie 1/8,5.

En prenant la dose de ce dernier pour unité, on voit que la dose de celui de Vauquelin sera représentée par 3, 5 environ, et celle de l'acide dont nous donnons la préparation, par 7.

Cyanure de potassium.

La plupart des pharmaciens préparent leur cyanure de potassium en calcinant le cyanure jaune de potasse et de fer, dissolvant le produit de la calcination et évaporant à siccité. Ce mode d'opération est essentiellement vicieux ; le produit n'est jamais pur, et, selon la rapidité de l'évaporation il renferme des quantités plus ou moins considérables de carbonate de potasse et d'ammoniaque, de formiate de potasse, d'hydrocyanate de potasse, etc. Le moyen d'avoir du cyanure de potassium bien pur et toujours le même, est de n'employer que les morceaux de ce sel qu'on trouve dans la cornue où a eu lieu la calcination. On les distingue de la masse mêlée de quadricarbure de fer et de cyanure de potassium impur, par leur couleur blanche. Il est facile de les séparer en divisant la masse calcinée avec quelques précautions. (Boudet.—*Journal Médico-chirurgical.*)

Quelque soin que l'on apporte à la préparation de ce médicament, il ne faut jamais en faire grande provision ; car il attire puissamment l'humidité de l'air, et ne tarde pas à se transformer en une bouillie noirâtre qu'on ne saurait plus employer avec aucune certitude.

Le cyanure de potassium est d'une grande efficacité dans certains cas de névralgie. On peut l'employer à l'intérieur ou à l'extérieur. Dans ce dernier cas, voici la formule qui nous a paru la plus simple et la plus utile.

Cyanure de potassium fondu.	16 grains.
Eau distillée.	4 onces.

Appliquez sur le point douloureux des compresses imbibées de cette dissolution.

Pommade antipsorique (Emery).

Savon noir.		1 once.
Sel marin.	âa.	1/2 once.
Soufre.		
Alcool.		1 gros.
Vinaigre.		2 gros.
Chlorure de calcium.		1/2 gros.

Mêlez. Frictionnez la paume des mains et la plante des pieds, soir et matin, avec demi-once de cette pommade.

M. Emery dit avoir traité plus de douze cents galeux par ce moyen, et les avoir guéris en huit jours.

Nous avons obtenu des résultats aussi satisfaisans avec une préparation plus simple, les poudres de Pyhorel, qui consistent en un demi-gros de sulfure de chaux finement pulvérisé. On les délaie avec un peu d'huile d'olive, et on frictionne la face palmaire des mains pendant dix minutes chaque soir. Pour éviter de tacher le linge, je fais mettre des gants pendant la nuit. Le lendemain on a soin de se savonner les mains. La durée maximum du traitement, pour environ dix-huit ou vingt gales récentes, a été de onze jours; la durée minimum, de huit jours. Une seule fois, il a fallu seize jours pour arriver à une guérison parfaite; mais ici la maladie était ancienne. Mes malades prenaient, en outre, un bain tiède tous les deux jours. Je crois ce mode de traitement un des plus efficaces et le plus commode qu'on ait proposé.

Pilules de protoiodure de mercure.

Protoiodure de mercure.	15 grains.
Extrait d'aconit.	1 scrupule.
Extrait de réglisse.	Q. S.

Pour pilules n.° 60.

Parmi les nombreuses préparations mercurielles employées dans le traitement de la syphilis, le protoiodure me paraît mériter la préférence dans l'immense majorité des cas. On peut en élever la dose jusqu'à deux grains, deux grains et demi par jour, sans avoir de salivation à redouter. Cette propriété tiendrait-elle à l'union du mercure avec l'iode? Ce serait possible. On

sait que plusieurs praticiens se sont fort bien trouvés de l'emploi de cette dernière substance pour combattre le ptyalisme mercuriel. L'emploi de ces pilules doit, du reste, comme celui des autres préparations mercurielles, être accompagné de l'usage des tisanes sudorifiques, surtout dans les cas de syphilis invétérée.

Purgatif pour les enfans.

Huile de croton tiglium.	2 gouttes.
Sucre blanc.	2 gros.
Gomme arabique.	1/2 gros.
Teinture de petit cardamome, ou d'anis, de canelle, etc., etc.	1/2 gros.
Eau distillée.	Q. S.

Pour une potion de une once et demie à prendre, de deux en deux heures, par cuillerées à café, jusqu'à évacuations abondantes.

Ce purgatif, très-doux, est parfaitement approprié à la médecine des enfans, chez qui il est quelquefois si difficile de surmonter une répugnance que favorise encore la faiblesse des parens. (Constant. — *Bulletin de Thérapeutique.*)

Autre

Follicules de séné.	2 gros.
Eau de fontaine.	2 onces.

Faites infuser pendant douze heures ; filtrez. Préparez avec cette eau une tasse de café léger, que vous couperez avec un tiers de lait.

Ce café purgatif, expérimenté par M. Guersent à l'Hôpital des Enfans, a toujours été pris sans répugnance par les petits malades, et n'a présenté aucun des inconvéniens que l'on pourrait craindre par suite des propriétés stimulantes du café.

Potion pour la Grippe.

Ipécacuanha.		1/2 gros.
Faites infuser avec eau.		4 onces.
Passez et ajoutez eau de fleur d'oranger.	âa.	1 once,
Sirop blanc.		

à prendre par cuillerées toutes les heures.

Bien que la grippe n'ait pas reparu cette année, nous croyons

utile, en cas de recrudescence de cette épidémie, de faire connaître la formule précédente dont nous avons pu, ainsi que plusieurs de nos confrères, apprécier les excellens effets. Chez la plupart des malades à qui nous l'avons administrée, la toux et le mouvement fébrile ont cédé comme par enchantement. Chez quelques personnes, mais en très-petit nombre, on a dû éloigner les prises pour éviter les nausées. Deux fois seulement, nous l'avons vue provoquer des vomissemens et des évacuations alvines très-abondantes, accompagnées de coliques. Dans l'un et l'autre cas, elle avait été administrée à des personnes atteintes d'hépatites chroniques.

Embrocations calmantes.

Baume tranquille.	} âa.	1/2 once.
Huile de jusquiame.		
Huile camphrée.		

Nous nous sommes très-bien trouvé de l'emploi de ces embrocations dans les douleurs des membres qui accompagnent la grippe, dans les douleurs hépatiques, etc.; et en remplaçant l'huile camphrée par la teinture de colchique et le baume Opodeldoch, nous avons souvent calmé les douleurs rhumatismales qui avaient résisté aux autres préparations calmantes.

Lavemens de nitrate d'argent.

Pour un lavement.

Nitrate d'argent cristallisé.	4 grains.
Eau distillée.	6 onces.

Ce qui séduit dans l'emploi du nitrate d'argent, c'est surtout son innocuité, a dit M. Serres. Aussi, a-t-on largement usé de ce médicament depuis quelques années. Hâtons-nous de dire qu'en général on en a retiré de très-grands services, toutes les fois surtout qu'il s'est agi de modifier un mode funeste d'inflammation des diverses muqueuses. Il suffit de rappeler ici à nos lecteurs combien la cautérisation par ce caustique est utile dans le croup, daus les inflammations chroniques de la conjonctive, du canal de l'urètre, de la muqueuse vésicale, etc. M. Boudin a eu l'idée de s'en servir pour combattre les diarrhées colliquatives qui accompagnent les affections typhoï-

des. Dans une épidémie de ce genre qui eut lieu à l'hôpital de Marseille en 1836, il employa les lavemens de nitrate d'argent cristallisé, répétés deux fois par jour, et cela avec un tel succès, que, sur plus de cinquante individus atteints de la maladie et soumis à cette médication, il n'en perdit que deux. Dans quelques cas où les phénomènes gastriques semblaient prédominer, il y joignit des pillules renfermant demi-grain de ce sel, et dont les malades prenaient jusqu'à 8 par jour.

MM. Viguerie et Vignes ont employé avec un succès complet les lavemens ci-dessus, dans un cas d'ulcération chronique du rectum, qui avait réduit le malade à un état voisin du marasme.

Potion ammoniacale contre l'ivresse.

Acétate d'ammoniaque.	1 once.
Eau.	4 onces.
Sirop blanc.	1 once.

A prendre par cuillerées à bouche chaque demi-heure.

L'ammoniaque liquide et l'acétate d'ammoniaque sont tous deux d'une grande utilité pour combattre les accidens quelquefois graves de l'ivresse. La dose du premier est de 8 à 12 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée. Nous avons vu la raison revenir presque immédiatement après son administration, à un jeune homme que ses amis avaient grand'peine à retenir. La potion dont nous donnons la formule nous a parfaitement réussi dans un cas d'ivresse furieuse survenue à la suite de l'usage immodéré de curaçao. On sait combien est dangereux cet état particulier occasioné par l'abus des liqueurs chargées d'huiles essentielles.

Caustique de Vienne.

Potasse caustique.	11 parties.
Chaux vive.	9 parties.

Pulvérisez, mêlez intimément, et conservez dans un flacon bouché avec soin. Cette préparation doit être faite peu de temps avant le moment d'employer le caustique, à cause de la facilité avec laquelle les substances qui le composent absorbent l'humidité de l'air.

Pour se servir de cette poudre, on la délaie avec une quantité suffisante d'alcool du commerce, de manière à former une pâte ferme que l'on applique sur le point à cautériser.

Ce caustique, dont l'action est très-prompte et peu douloureuse, est préférable à la potasse pour placer les cautères, ouvrir les bubons, etc. Cinq ou dix minutes tout au plus suffisent pour la formation d'une escharre profonde, bien circonscrite, et cela sans que le patient ait à supporter les vives douleurs qui sont la suite du procédé ordinaire. J'ai placé ainsi des cautères à des enfans délicats ; ils ont à peine laissé échapper quelques larmes. Ce caustique peut aussi remplacer avec avantage la pâte arsénicale. Son action est plus profonde et plus sûre. M. Dieulafoy l'a employé avec succès à l'hôpital Saint-Jacques pour cautériser des ulcères suspects des lèvres ; et l'escharre, un peu longue à se détacher, a laissé une plaie vermeille, unie, et qui a rapidement marché vers la cicatrisation.

RAPPORT

SUR LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A TOULOUSE

pendant le mois de Juin 1838,

PAR M. D. BERNARD.

Ainsi que dans le mois précédent, les fièvres intermittentes à type tierce sont encore les maladies qui ont été le plus fréquemment observées durant la constitution médicale de ce mois-ci. Les récidives ont également été nombreuses, et difficiles à éviter. Cependant, un grand nombre de praticiens sont parvenus à obtenir une guérison durable en administrant tous les sept jours une certaine dose de sulfate de quinine.

Les intermittentes pérnicieuses ont été peu nombreuses, et n'ont point occasioné de résultat funeste. Le sulfate de quinine, donné à temps, a complètement réussi. Quelques fièvres typhoïdes se sont montrées en ville et dans les hôpitaux ; elles n'ont point exigé l'emploi de moyens énergiques ; en général, les sangsues et l'eau de Sedlitz ont fait la base du traitement. Une assez grande quantité de fièvres catarrhales ont été

signalées; mais, tout-à-fait bénignes dans leur marche, elles ont facilement été combattues par les moyens ordinaires.

On a vu chez les vieillards des fluxions de poitrine, qui se sont dissipées sous l'influence d'une application de sangsues sur le thorax et de l'emploi de l'oxide blanc d'antimoine à haute dose.

Parmi les inflammations des membranes muqueuses les plus fréquentes, et qui ont caractérisé la constitution médicale régnante, nous devons placer en première ligne les ophthalmies de toute espèce, qui tour à tour ont fixé l'attention de de nos confrères. Il serait trop long d'énumérer ici toutes les médications mises en usage pour combattre ces phlegmasies; mais nous signalerons, comme par le passé, les avantages obtenus à l'aide du nitrate d'argent dans les ophthalmies *locales*.

Les affections inflammatoires de la gorge, des bronches, ont également été observées, mais en moins grand nombre que pendant le mois dernier.

Les éruptions ont, en général, été peu nombreuses; cependant on a encore signalé des petites-véroles, des varioloïdes, des scarlatines, et beaucoup d'érysipèles ayant principalement leur siége à la face. Ces différentes phlegmasies cutanées n'ont, d'ailleurs, offert aucun caractère de gravité, et se sont dissipées, pour ainsi dire, d'elles-mêmes. Nous ferons seulement observer que, dans quelques cas de varioloïde, les prodrômes ont été accompagnés quelquefois de symptômes gastro-céphaliques, qui donnaient à la maladie un caractère de gravité qui disparassait dès que l'éruption avait lieu.

Plusieurs attaques d'apoplexies foudroyantes ont déterminé la mort de quelques personnes. Dans quelques cas où la marche de cette maladie a été plus lente, et n'avait provoqué qu'une paralysie des membres, l'on a vu, sous l'influence de la saignée, les mouvemens de ces organes se rétablir presque soudainement.

L'élévation de la température paraît avoir déterminé les quelques phénomènes gastriques que quelques praticiens ont observés. Ils se sont montrés, tantôt sous la forme d'embarras gastriques qui ont cédé facilement à l'emploi de l'émétique, tantôt sous la forme de colique, avec ou sans diarrhée : dans ce dernier cas, les boissons adoucissantes, la diète, les lave-

mens, ont été très-utiles, et ont rétabli la santé des malades.

L'état météorologique de l'atmosphère a été à peu près le même que celui du mois précédent, et ne nous a offert aucune particularité digne d'être mentionnée.

Tableau météorologique.

BAROMÈTRE.		THERMOMÈTRE.		VENTS.			PLUIE.
Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.	S. S. O.	N. N. O.	S. S. E.	
76 c 10m	74 c 65m	26° 2/3	6 3/4	9 j.	13 j.	8 j.	9 j.

REVUE DES JOURNAUX,

PAR M. POPIS.

Emploi des Mèches dans le traitement de la Constipation, par M. L. Fleury.

Effet d'un grand nombre d'affections organiques des viscères abdominaux, la constipation ne peut alors céder que lorsque l'on attaque sa cause première. Mais il est une constipation qui, ne se rattachant à aucune altération organique, constitue à elle seule toute la maladie : lorsque d'autres désordres se manifestent, ils sont tous sous sa dépendance, et disparaissent avec elle. La cause en est toute locale, et ne dépasse pas le rectum. On l'a placée dans une atonie de cet intestin, dont les fibres musculaires auraient perdu l'irritabilité et la puissance contractile qui leur sont nécessaires pour vaincre la résistance que les sphincters opposent à l'expulsion des matières fécales. Cette affection est grave, et d'autant plus redoutable, que sa marche est toujours ascendante ; qu'à son début, elle ne détermine qu'un léger malaise ; qu'elle occasione des erreurs de diagnostic fâcheuses, et finit par faire naître les accidens les plus funestes.

Les travaux de cabinet, les excès de table, la paresse, la négligence qu'on met à aller à la garde-robe lorsque le besoin d'exonération se fait sentir, les grossesses répétées, et surtout l'usage habituel ou trop fréquent des lavemens, sont les causes les plus ordinaires de cette maladie.

D'ailleurs, quelque cause qu'on lui suppose, les malades n'éprouvent d'abord qu'un sentiment de gêne peu prononcé, qu'ils font disparaître en vidant le rectum au moyen des lavemens. Mais, dit l'auteur, ce remède n'a qu'un effet instantané : aussitôt qu'on cesse son emploi, la difficulté des évacuations reparaît, et souvent même plus forte et plus opiniâtre qu'auparavant. Au bout d'un certain temps les digestions commencent à devenir pénibles; les malades ont, après leurs repas, des flatuosités, des rapports acides : leur ventre se distend énormément, leur tête est lourde, congestionnée; ils ont des vertiges, des somnolences auxquelles succèdent des céphalalgies, des ophthalmies intenses. Cependant les fonctions digestives se dérangent de plus en plus, l'estomac ne peut supporter que les alimens les plus légers; encore même le lait, les fécales, sont quelquefois rejetés par le vomissement. Parvenue à ce point d'intensité, la maladie marche rapidement : les individus tombent dans l'hypocondrie et dans un marasme mortel.

Cet ensemble de symptômes a dû nécessairement donner lieu à bien des erreurs de diagnostic. Aussi, tantôt gastrite, maladie de foie, gastro-entérite, etc. Les émissions générales, locales; les vésicatoires, etc., venaient, pour tout effet, affaiblir et tourmenter les malades sans résultat. La véritable cause de la maladie est-elle reconnue, quel est le traitement qu'on lui oppose? Des lavemens simples purgatifs, qui sont plutôt nuisibles qu'utiles; des purgatif à l'intérieur, dont l'action s'exerce principalement sur l'intestin grêle, tout au plus sur le colon, et cesse précisément là où elle devrait commencer.

Quelques médecins, voulant agir immédiatement sur le rectum, ont eu recours à l'aloès, mais en vain. L'huile de croton-tiglium n'a pas mieux réussi.

Vu l'inefficacité des remèdes employés, et désirant soulager un malade déjà arrivé à la dernière période, et auquel il s'intéressait beaucoup, l'auteur pensa que des mèches, introduites dans le rectum, agiraient en le stimulant et réveillant sa contractilité. Il essaya ce moyen, qui réussit au-delà de ses espérances, et le succès a été constant. Il se contente de citer deux autres cas fort remarquables de guérison. Les mèches, enduites de cérat belladoné, sont facilement supportées par les malades. Quinze à vingt mèches introduites le soir, et conservées seulement pendant la nuit, ont suffi pour amener une guérison qu'on tentait inutilement depuis plusieurs années par tous les autres moyens. On pourrait, dans quelques cas, enduire les mèches d'une pommade plus stimulante que le cérat belladoné.

Un mot sur le traitement de la Gale, par M. Rol.

Il est peu de maladies qui aient donné lieu à un aussi grand nombre de médicamens que la gale. Chaque commère a son remède infaillible, chaque empirique son onguent incomparable; mais le mercure ou le souffre en font toujours la base. De tous ces remèdes, les uns ont une odeur repoussante, les autres une couleur désagréable ; ceux-ci tachent le linge, et ceux-là rudissent la peau. M. Rol, pharmacien, à Mirecourt (Vosges), propose une pommade qui, ayant des propriétés curatives réelles, paraît n'avoir aucun de ces inconvéniens. Elle se compose ainsi :

Huile d'amandes..... 1 once.
Cire blanche..... 2 gros.

Faites fondre la cire dans l'huile, à un feu doux ; laissez refroidir ; ratissez ce mélange avec une spatule, et incorporez-y, sur un marbre :

Proto-chlorure de mercure..... 2 gros.

Divisez en dix ou douze doses, qui serviront à autant de frictions, le soir en se couchant, sur toutes les parties affectées. Beaucoup de personnes, dit l'auteur, se sont même guéries en frictionnant seulement les poignets et les malléoles.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE

DES

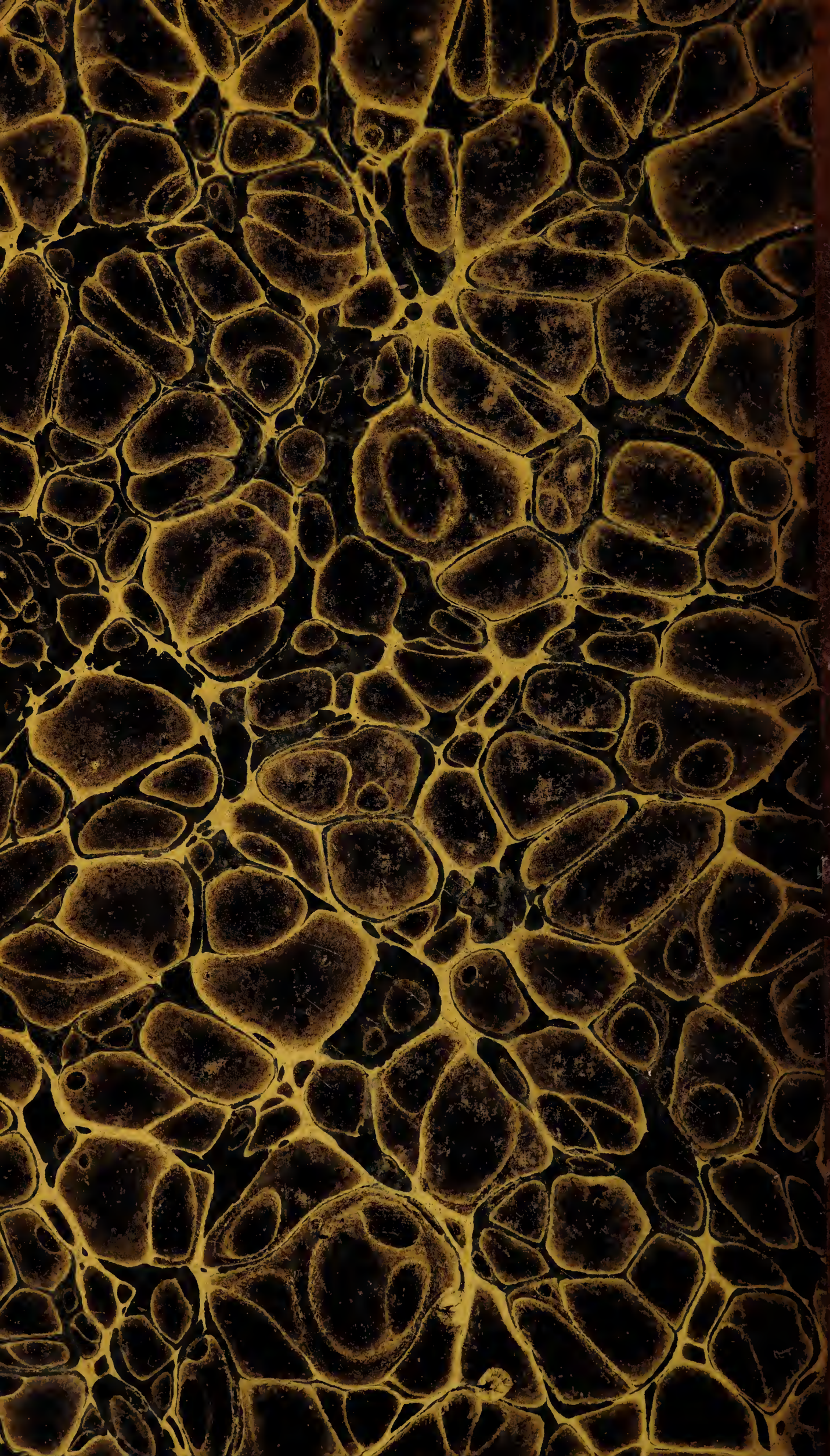
MATIÈRES CONTENUES DANS CE PREMIER VOLUME.

Pages.

Introduction, par les *Rédacteurs-Gérans.* 1.
Quelques mots sur le Cancer. (Première partie.) 1
Des avantages de la multiplicité des incisions de la prostate dans l'opération de la Taille périnéale. 10
Constitution médicale de la ville de Toulouse pendant le mois de Juin 1837. 21
Flore du bassin sous-pyrénéen. 23
Sur la cure radicale des Hernies aux moyen des sutures. 31
De l'emploi du nitrate d'argent à haute dose dans l'Epilepsie. 32
Nouveau fil pour les ligatures. *Ibid.*
Du nitrate d'argent dans le traitement des Ophthalmies aiguës. 33
De la Salivation mercurielle, considérée comme moyen thérapeutique. 42
Cancer ulcéré de la lèvre inférieure. — Formation d'une nouvelle lèvre par la méthode génoplastique. 52
Opération de la Taille sur une jeune fille. 54
Constitution médicale de la ville de Toulouse pendant le mois de Juillet. 56
Emploi du charbon dans le traitement du Choléra. 58
Emploi de la racine de cahinça dans le traitement de l'Hydropisie. 59
Emploi de l'onguent mercuriel en onction dans les Phlegmasies externes. 61
Question proposée par la Société royale de Médecine de Toulouse pour le concours de 1838. 64
De la Cautérisation par le nitrate d'argent, dans le Croup. 65
Des propriétés médicales et chimiques du Colchique d'automne. 78
Quelques mots sur le Cancer. (Deuxième partie.) 82
Lettre sur le Cancer. 98
Constitution médicale de la ville de Toulouse pendant le mois d'Août. 94
Sur la cure radicale de l'Hydrocèle. 97
Nouveau mode de traitement de l'Hydrocèle. 98
Application du nitrate d'argent dans le traitement de la Gonorrhée. 99
Emploi du tabac dans l'Hydropisie et dans la Dysenterie. *Ibid.*
Asthme thymique. *Ibid.*
Traitement du Psoriaris par la pommade de goudron. 100

Réflexions sur l'enseignement médical en France. 101
Avantages de l'ouverture large des Abcès par congestion. 114
De la rupture spontanée de la Tunique vaginale dans l'Hydrocèle. 124
Constitution médicale de la ville de Toulouse pendant le mois de Septembre. 126
De la compression de l'Artère carotide dans le traitement des convulsions. 128
De l'emploi de la ciguë dans le traitement des Affections scrofuleuses. 130
Exposé d'un traitement nouveau de l'Hydrocèle. *Ibid.*
Appareil inamovible. 131
Du traitement de quelques Surdités par la cautérisation de la trompe d'Eustache. 132
Compte-Rendu des maladies observées dans les salles des fiévreux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse durant les huit derniers mois de l'année 1836. (Première partie). 133
Section du tendon extenseur du doigt médius de la main gauche. — Réunion immédiate à l'aide de la suture — Guérison complète. 151
Ligature des Artères radiale et cubitale à la suite d'une lésion de l'arcade palmaire profonde. 153
Inauguration de la nouvelle salle de l'Ecole de médecine de Toulouse. 157
Considérations nouvelles sur l'Ophthalmologie ou sur le traitement des maladies des yeux. 166
Bons effets du tannate de plomb dans les plaies et les escharres du Sacrum. 167
Nécrologie. 168
Du Taxis à pleine main pour la réduduction des hernies. 169
Observation de Suicide, considérée sous le rapport de médecine légale. 175
Compte-Rendu des maladies observées dans les salles des fiévreux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse durant les huit derniers mois de l'année 1836. (Deuxième partie.) 185
Rapport des maladies qui ont régné à Toulouse durant le dernier trimestre de l'année 1837. 195
Sur la Cautérisation du méat inférieur des fosses nasales dans le traitement de la tumeur de la fistule lacrymale. 199
De la pression de la tête dans le traitement de quelques Convulsions chez les enfans. 200
Lithotritie. 201
Observations de Lithotritie recueillies dans la pratique de M. Viguerie. 205
Considérations sur les Eaux de l'Amnios. 212
Fracture de la jambe, compliquée de plaie et d'écrasement, guérie sans claudication. 219
Constitution médicale de la ville de Toulouse pendant le mois de Janvier 1838. 221

Notice sur la Névrologie et l'Angéologie des estomacs des ruminans. 224
Moyen de prévenir les Rétrécissemens de l'urètre. 229
Considérations sur la dépendance des Fistules à la face d'une altération des dents, etc. 230
De l'efficacité de l'Huile de morue dans le traitement de la Carie scrofuleuse. 231
Journal des Vétérinaires du Midi. *Ibid.*
Lithotritie, clinique de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques. 233
Des Hémorrhagies utérines qui surviennent pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. (Première partie.) 241
Compte-Rendu des maladies observées dans les salles des fiévreux de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse. (Troisième partie). 250
Rapport des maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de Février. 261
Dictionnaire abrégé de Thérapeutique. 263
Mémoire analytique et statisque sur quarante cas de Phlegmasies aiguës de l'organe pulmonaire. (Première partie.) 265
Bons effets du Laudanum liquide de Sydenham dans la Dysménhorrée. 276
Réflexions sur le Tritoxide de fer hydraté. 278
Des Hémorrhagies utérines. (Deuxième partie). 280
Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de Mars. 290
De quelques médicamens actifs administrés à doses extraordinaires. 292
Du Cathétérisme curatif du rétrécissement de l'œsophage. 294
Recherches sur l'usage externe de la Vératrine. 295
Un mot sur le Magnétisme animal. 299
Mémoire analytique et statistique sur quarante cas de Phlegmasies aiguës de l'organe pulmonaire. (Deuxième partie.) 297
Des Périodes dans les maladies. 308
Appréciation des dispositions organiques qui favorisent les Luxations en général, et qui s'opposent à celles du poignet en particulier. 315
Rapport sur les maladies qui ont ont régné à Toulouse pendant le mois d'Avril. 324
Note sur les propriétés fébrifuges de l'extrait des feuilles d'Artichaut. 325
Mémoire sur les Perforations intestinales qui surviennent pendant le cours des Fièvres typhoïdes. 327
Considérations thérapeutiques sur l'emploi des émissions sanguines. *Ibid.*
Falsification du Lycopode par le souffre. 328
Emploi du Bandage amidonné dans le traitement des Fractures. 329
Considérations pratiques sur l'Anatomie de la Région Anale, accompagnées d'observations cliniques d'Abcès fistuleux idiopathiques. (Première partie.) 335

Considérations et Réflexions sur les préjugés relatifs à la vertu préservatrice de la Vaccine contre la Petite-Vérole. 351
Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de Mai. 360
Observations sur le traitement du Tœnia. 362
Nécrologie. 363
Considérations pratiques sur l'anatomie de la Région Anale, accompagnée d'observations cliniques d'Abcès fistuleux idiopathiques de cette partie, et suivies de Réflexions générales sur la thérapeutique de ce genre d'abcès. (Deuxième partie.) 365
Choix raisonné de Formules. 387
Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de Juin. 394
Emploi des Mèches dans le traitement de la Constipation. 396
Un mot sur le traitement de la Gale. 398

FIN DE LA TABLE.